Rok XLVII. Kraków, dnia 19. grudnia 1908. Nr 51.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

## Uwagi kliniczne, dotyczące badania okolicy biodrowo-kątniczej.

Podał

**Prof. Dr Witold Orłowski.**

(Ciąg dalszy).

Przechodząc teraz do badania bolesności kątnicy podczas jej wyczuwania, zaznaczę naprzód, że tak sprawom zapalnym, jak i rozwojowi nowotworów kątnicy towarzyszą zwykle uczucia bolesne. Już zwykły nieżyt jelit z zajęciem kątnicy wywołuje nieraz znaczne bole przy macaniu kątnicy. Jeśli zaś zważyć, że, jak słusznie zaznacza Rosenheim, przewlekłe nieżyty jelit najczęściej usadawiają się w dolnym odcinku jelita biodrowego, w kątnicy i w okrężnicy wstępującej, to jest rzeczą oczywistą, że bolesność kątnicy jest zjawiskiem nader częstem. Ta postać nieżytu nieraz przebiega nawet z podmiotowymi bolami o cechach bólów ciągnących, kłujących, nieraz nawet do stopnia kolki, zogniskowanych przeważnie w okolicy kątnicy. Przy ustępowaniu nieżytu jelit nieraz jeszcze przez długi czas pozostaje uporczywe zajęcie kątnicy i sąsiedniego odcinka okrężnicy. W podobnych, często nadarzających się przypadkach, znajdujemy również, jakkolwiek niestałą, tkliwość przy ucisku na kątnicę. Bolesność kątnicy znajdujemy również podczas duru brzusznego, gruźlicy, nowotworów tego odcinka kiszki i t. d. Bolesność ta może nie ograniczać się tylko do okolicy kątnicy przy jej wyczuwaniu, lecz nieraz rozchodzi się na odległe części jamy brzusznej. Tak Prof. Jaworski i Łapiński na 135 przypadków wyczuwalnej bolesnej kątnicy spostrzegali rozpromienianie się bolu przy ucisku na nią 46 (34%) razy, mianowicie w 17 przypadkach na lewo i do lewej zatoki biodrowej, 15 razy do pępka, 11 do dołka podsercowego, wreszcie 3 razy pod prawy łuk żebrowy. Spostrzegamy również przypadki, w których wyczuwanie kątnicy nie wywołuje bolu miejscowego, natomiast wywołuje ból w innych częściach jamy brzusznej, w których leżą sploty nerwowe, związane ze splotem, leżącym w okolicy kątnicy; czasami podobne bole zjawiają się i samodzielnie, najczęściej w okolicy nadbrzusznej i w lewej zatoce biodrowej z jej dolnym splotem krezkowym. Podobny stan spotykamy nieraz w t. zw. zapaleniu wyrostka utajonem (Ewald). Ocena podobnych bolów przenośnych napotyka trudności tem większe, że odpowiada im nieraz istotne schorzenie narządu, usadowienego w miejscu bolu przenośnego. Tę bolesność należy odróżniać od dolegliwości bolesnych w okolicy kątnicy, które zdarzają się przy prawidłowym stanie kątnicy, zależąc od schorzenia sąsiednich lub odległych narządów, np., w przypadkach nerwobolu biodrowo-podbrzusznego *(neuralgia n. ileohypogastrici)*, opadowego ropnia bądź to przynerkowego, bądź to zależnego od schorzenia kręgosłupa, również przy rozszerzeniu się sprawy zapalnej drogą tkanki zaotrzewnej z jamy miedniczej i z innych części w stronę kątnicy, w przypadkach wysoko usadowionych zapaleń jajowodu, kamyków moczowodowych i t. d. Muszę wreszcie wspomnieć o bolach w okolicy kątnicy przy zajęciu narządów odległych, powstających w tej okolicy przy ucisku na schorzały narząd lub nawet zupełnie samodzielnie. Podobne bóle wiodą nieraz do mylnego rozpoznania zapalenia wyrostka w tych przypadkach, gdy w samej rzeczy mamy inną chorobę już to czynnościową (histerye, neurastenię), już to organiczną (kamyki żółciowe i t. d.). Nauka o tych tak zwanych rzekomych zapaleniach wyrostka *(pseudoappendicitis)* w pojmowaniu Küttnera lub w pojmowaniu Nothnagla *(hysteroappendicitis)* — Kausch, Sprengel, Singer, Hausman, Dubois, Rothe, Kester, Urban i inni — jest właśnie opracowywaną w obecnej chwili. Ten przenośny ból w prawej okolicy kątnicy najczęściej występuje przy ucisku na pętlę esowatą, wikłając się w tych przypadkach nieraz z bolem w nadpępczu i w okolicy pęcherzyka żółciowego.

Pod względem zawartości kątnicy w stanach patologicznych spotykamy zboczenia w różnych kierunkach: treść kątnicy może być zbitą lub papkowatą, lub płynną z domieszką wielkiej ilości gazów. W tym ostatnim razie przy macaniu kątnicy, a nieraz i samoistnie występuje w jej okolicy mniej lub więcej wyraźne kruczenie, które jakiś czas uważano za objaw znamienny dla duru brzusznego. Obecnie jednak wiadomo, że podobny objaw występuje również w ostrem zapaleniu jelit i w rozległych przewlekłych nieżytach jelit cienkich, gdy płynna ich treść pomieszana z gazami, wskutek wzmożonych ruchów robaczkowych, szybko przechodzi do jelit grubych, nie zdążywszy jeszcze w dostatecznej mierze zgęstnieć. Nader ważna jest ta okoliczność, że bardzo wyraźne kruczenie w kątnicy nieraz występuje również w przypadkach zapaleń jelit cienkich o słabem natężeniu, w których przebiegu nie znajdujemy samoistnego lub powstającego przy macaniu kruczenia w pę-

tlicach jelita krętego; w tych przypadkach kątnica jest rozciągnięta i bardzo mało bolesna; taki stan kątnicy stanowi nieraz jedyny objaw przewlekłego nieżytu jelit grubych. W innych znów razach, gdy rozlany nieżyt jelit, idąc ku uleczeniu, ograniczy się wreszcie do schorzenia kątnicy i początkowego odcinka okrężnicy wstępującej, znajdujemy w kątnicy równocześnie z poprawą czynności jelita lub powstaniem nawet zaparcia zbite masy twarde, a samą kątnicę nieraz bolesną. Właściwości treści kątnicy wpływają, jak przed chwilą wspomnieliśmy, i na jej wymiary: pomimo zaznaczonego już wyżej rozszerzenia, spostrzegamy w stanach patologicznych i objaw odwrotny, mianowicie, zmniejszenie objętości kątnicy. Najczęściej objaw ten występuje w przypadkach skurczu kątnicy, towarzyszącego zaparciom skurczowym. Rozmiary kątnicy w tych razach mogą zmniejszyć się do takiego stopnia, że Albu uważa w podobnych przypadkach za niemożliwe rozstrzygnąć, czy wyczuwalny walec jest wyrostkiem robaczkowym, czy też kątnicą.

Przechodzę teraz do badania dolnego odcinka jelita biodrowego u miejsca jego połączenia z tylną ścianą okrężnicy wstępującej. Możliwość wymacania tego odcinka jelita, nazwanego przez Hausmana *pars coecalis ilei*, zaznaczył najprzód Prof. Obrazcow. Odcinek ten idzie z jamy miednicy małej z dołu i od wewnątrz ku górze i na zewnątrz prawie równolegle do więzadła pachwinowego, przecinając linię międzykolcową *(l. bispinalis)* w odległości 7—8 cm od górnego przedniego kolca kości biodrowej. Większa część tego odcinka *(pars coecalis ilei)* leży ponad linią międzykolcową (Obrazcow). Jeśli kątnica nie zawiera treści lub usadowiona jest wysoko, odcinek ten ma kierunek więcej pionowy, przy napełnieniu zaś kątnicy lub nizkiem położeniu — więcej poziomy. Obrazcow twierdzi, że odcinek ten można wyczuć w prawej zatoce biodrowej na przestrzeni 7—8 cm w kształcie miękkiego walca, dającego kruczenie. Walec ten ma, według Obrazcowa, grubość palca wskazującego lub średniej ręki, według zaś Hausmana — grubość palca małego. Ta różnica w rozmiarach kątniczej części jelita biodrowego tłómaczy się istotnemi zmianami światła jelita, zależnemi od stopnia jego wzdęcia, ilości treści i skurczu warstw mięsnych ściany. Stan mięśni jelita może wywoływać zmiany rozmiarów i kształtu jelita już w czasie tegożsamego badania, analogicznie do podobnych zjawisk w innych narządach jamistych z warstwami mięsnemi w ścianie. Odpowiednio do tego kątniczą część jelita biodrowego wyczuwa się już to w kształcie walca, już to w kształcie grubego mniej lub więcej postronka. O ile mogę sądzić z własnego doświadczenia, macanie kątniczego odcinka jelita biodrowego wobec głębokiego jego usadowienia należy do bardzo trudnych zadań dyagnostyki. Obrazcow twierdzi, że odcinek ten najczęściej wyczuwa się u chorych na dur brzuszny. Podobne badanie uważam jednak za niebezpieczne, zwłaszcza w okresie tworzenia się owrzodzeń, tembardziej, że nie posiadamy oznak, któreby nam pozwalały wnosić o stopniu rozprzestrzenienia się sprawy wrzodziejącej w jelitach po powierzchni i w głąb. Według Obrazcowa znalezienie wyczuwalnego, zgrubiałego i bolesnego jelita biodrowego pogarsza znacznie rokowanie w durze brzusznym. Jeśli nawet zgodzić się co do tego z Obrazcowym, to wszakże krytyczne rozejrzenie się w całym przebiegu choroby może dać nam dość danych dla sądu o dalszym losie chorego, nie narażając go na niebezpieczeństwo, którem zagraża w durze brzusznym miejscowe badanie jelita biodrowego w okolicy kątniczej. Wychodząc z tego założenia, uważam, że usiłowanie, aby wyczuć jelito biodrowe u chorych na dur brzuszny, powinno być zarzucone. Zupełnie inne stanowisko zajmuję względem badania kątniczego odcinka jelita biodrowego w innych sprawach chorobowych, gdzie nie zagraża niebezpieczeństwo przedziurawienia jelita. Zwłaszcza w cenne dane wzbogaca nas podobne badanie w tych przypadkach, gdy światło kątnicy i okrężnicy wstępującej ulega stałemu znacznemu zmniejszeniu. Istotnie, u chorych na raka kątnicy wskutek rozrostu nowotworu powstaje już bardzo wcześnie zwężenie ujścia jelita biodrowego do kątnicy; wskutek tego utrudnia się przejście treści jelitowej z jelita biodrowego do okrężnicy, a w następstwie kątnicza część jelita biodrowego ulega przerostowi i może być wymacaną w kształcie zgrubiałego zmieniającego swe rozmiary walca, którego wymacaniu sprzyja jeszcze i ta okoliczność, że w przypadkach raka kątnicy, jak już nadmieniłem wyżej, nieraz wskutek rakowatego skurczenia się krezki leży kątnica wyżej, niż zwykle. Tym zmianom, jak i w innych analogicznych sprawach, towarzyszą napady bolów kłujących w prawej połowie brzucha i widzialne nieraz przez powłoki brzuszne, zwłaszcza u wychudzonych chorych na raka, wzmożone ruchy robaczkowe jelita. Te same objawy w postaci o wiele burzliwszej występują również w przypadkach wgłobienia jelita biodrowego do okrężnicy.

Nim przejdę do badania wyrostka robaczkowego zapomocą obmacywania, zwrócę jeszcze uwagę na metodę badania stanu czynnościowego zastawki okrężnicy i na badanie gruczołów krezkowych, usadowionych w kącie między jelitem biodrowem, a okrężnicą wstępującą.

Zastawka okrężnicy ma, jak wiadomo, za zadanie przeszkadzać powracaniu miazgi jelitowej i nawet gazów (Kraus) z okrężnicy do jelit cienkich. Istotnie, jeśli wyciąć kątnicę z przylegającymi odcinkami okrężnicy wstępującej i jelita biodrowego i, ułożywszy je tak, żeby otwór kątnicy był skierowany ku górze, wlewać do kątnicy wodę, to woda nie wylewa się przez jelito biodrowe nawet przy silnem ciśnieniu słupa wody, dochodzącem do 160 cm. Bywają jednak stany, w których woda wylewa się już nawet przy ciśnieniu słupka wody wysokości 20 cm. Stan ten jest cechujący dla postaci chorobowej, opisanej przez Herza pod nazwą »niedomykalność zastawki okrężnicy«. Schorzenie to rozwija się najczęściej na podstawie przewlekłego nieżytu jelit, wywołującego rozszerzenie kątnicy lub na podstawie gruźliczego jej zajęcia (Weiss), może być jednak i zboczeniem wrodzonem (Weiss). W zwykłych warunkach zastawkę okrężnicy uważamy za domykalną, jeśli wytrzymuje ona ciśnienie słupka wody wysokości 40 cm, ponieważ większego ciśnienia w kiszkach za życia nie bywa. Chorzy na niedomykalność zastawki okrężnicy uskarżają się zwykle na uporczywe zaparcie, przerywane niekiedy biegunką, na wzdęcia i bole w brzuchu, na bole głowy, zawroty głowy, brak łaknienia i inne dolegliwości, zwykłe w zaparciu nawykowem. Na myśl o istnie-

niu podobnego schorzenia powinna naprowadzić ta okoliczność, że chorzy, pomimo znacznej ilości gazów, nie potrafią się ich pozbyć przez natężenie tłoczni brzusznej, jak również nierównomierne wzdęcie brzucha, przejawiające się po stronie prawej w tak znacznym stopniu, że lewa połowa brzucha bywa zapadnięta. Te oznaki nie są jednak rozstrzygające w rozpoznaniu. Rozpoznanie opieramy tu na badaniu następującą metodą: u chorego, leżącego na wznak ze zgiętemi w udowych i kolanowych stawach kończynami dolnemi, naciskamy silnie i głęboko brzegiem łokciowym lewej ręki okrężnicę wstępującą prostopadle do jej przebiegu, a prawą ręką naciskamy jelito ślepe: w razie niedomykalności zastawki okrężnicy treść kątnicy przechodzi z silnem kruczeniem do jelita biodrowego. Oprócz kruczenia, temu przechodzeniu treści towarzyszy zmiana cech odgłosu opukowego w okolicy biodrowokątniczej.

Badaniu macaniem gruczołów krezkowych, usadowionych w kącie między jelitem biodrowem a okrężnicą wstępującą — w tak zwanej górnej zatoce biodrowo-kątniczej — przypisuje wielkie znaczenie Obrazcow. Na podstawie swych badań twierdzi on, że powiększenie tych gruczołów stanowi wraz z wyczuwalnem, zgrubiałem i bolesnem jelitem biodrowem nader niepomyślny objaw przepowiedni u chorych na dur brzuszny. Przy tem badaniu umieszcza Obrazcow cztery palce ręki tuż u zewnętrznego brzegu prostego mięśnia brzucha tak, że średni palec znajduje się na poziomie pępka; w czasie głębokich wdechów stopniowo dochodzi do tylnej ściany jamy brzusznej, obmacując prawą boczną powierzchnię części lędźwiowej kręgosłupa; stąd skierowuje on palce nieco ku dołowi i na zewnątrz i trafia do kąta pomiędzy jelitem biodrowem a okrężnicą: tu właśnie, według Obrazcowa, znajdujemy u chorych na dur brzuszny najsilniejsze powiększenie gruczołów brzusznych. Już sam Obrazcow przyznaje jednak, że to badanie jest nadzwyczaj trudne wskutek miejscowego wzdęcia i bolesności i wymaga ogromnej ostrożności. Metody tej, jako niebezpiecznej i w istocie zbytecznej, nie stosuję u chorych na dur brzuszny. Tylko wtedy, gdy przypuszczam gruźlicze zajęcie gruczołów lub rozwój nowotworu, uważam za konieczne przekonać się o stanie tak tych biodrowo-kątniczych gruczołów, jak i gruczołów w innych częściach jamy brzusznej.

Przechodzę teraz do badania wyrostka robaczkowego zapomocą obmacania. Wyrostek ten tworzy, jak wiadomo, przydatek kątnicy i odchodzi, według Sonnenburga, najczęściej od tylnej ściany kątnicy o palec niżej od miejsca połączenia się jelita biodrowego, przechodzi nad mięśniem biodrowo-lędźwiowym *(m. ileopsoas)* i opuszcza się do miednicy małej. Według Rostowcewa, odchodzi wyrostek najczęściej (75—93%) od tylnowewnętrznej strony kątnicy i w większości przypadków ($^2/_3$—$^3/_4$) leży swobodnie w jamie brzusznej, skierowując się ku wewnątrz między pętlami jelit lub opuszczając się ku dołowi do jamy miednicy małej; tylko w $^1/_3$—$^1/_4$ przypadków leżał wyrostek poza kątnicą lub okrężnicą lub wreszcie poza otrzewną [1]. W przeszło 60% przypadków wychodzi wyrostek, według jego badań, całkowicie lub częściowo poza obręb prawej zatoki biodrowej. Według Sudsuki, wyrostek tylko w $^1/_3$ przypadków (183 z 500) skierowuje się ku dołowi, w reszcie leży on poprzecznie (141 z 500) lub skierowuje się ku górze (176 z 500); nieraz znajdował go Sudsuki głęboko w miednicy małej między pęcherzem moczowym i odbytnicą resp. macicą, kilkakrotnie wreszcie poza wątrobą i na torebce prawej nerki. W przypadkach Perondiego przebiegał wyrostek najczęściej skośnie z lewa, z dołu i z przodu w prawo, ku górze i ku tyłowi; na 50 przypadków 5 razy leżał wyrostek pozaotrzewnie, 42 razy był pokryty otrzewną ze wszystkich stron, wreszcie 3 razy tylko częściowo. Na 100 przypadków Filimowskiego biegł wyrostek ku dołowi 28 razy, do miednicy małej 16. w bok 30, ku górze 18. Na 200 sekcyi Laffarguea miał wyrostek kierunek poprzeczny w 43%, ku dołowi w 41%, ku górze w 13%; na 420 sekcyi Nowickiego biegł wyrostek ku dołowi i ku wewnątrz 189 (45%), ku dołowi i na zewnątrz 17, ku górze i na wewnątrz 40, ku górze i na zewnątrz 8, wreszcie ku tyłowi od kątnicy 45. Pomijając dane innych badaczy, świadczące, że wyrostek na zwłokach najczęściej idzie ku wewnątrz i ku tyłowi, przejdę do danych badania klinicznego.

Krüger poddał badaniu 375 przypadków: z tych w 66 (17,6%) wyrostek przebiegał na zewnątrz, ku górze i ku tyłowi, w 131 (prawie 35%) na zewnątrz i ku dołowi, w 90 (24%) ku środkowi jamy brzusznej i 88 (23,5%) do miednicy małej. Sprengel na 100 przypadków napotkał kierunek wyrostka ku wewnątrz i ku dołowi w 50%, na zewnątrz w 37%, wreszcie na zewnątrz i ku górze w 13%. Podobna różnica wyników tłómaczy się zmianą położenia wyrostka, zależną od sprawy chorobowej. Co się wreszcie tyczy badań klinicznych u ludzi, którzy nigdy przedtem nie chorowali na zapalenie wyrostka robaczkowego, to Prof. Jaworski i Łapiński stwierdzili w 390 przypadkach z 412 (94,6%) kierunek poprzeczny do przebiegu mięśnia biodrowo-lędźwiowego *(m. ileopsoas)* i w 20 (prawie 5%) skośny; tylko w jednym przypadku wyrostek szedł wzdłuż tego mięśnia ku dołowi, a w jednym ku górze. Na 250 przypadków znajdowałem najczęściej, mianowicie w 236 (94,4%) wyrostek z przebiegiem ku wewnątrz i nieco ku dołowi, 11 razy (4,4%) prostopadle do mięśnia lędźwiowego *(m. ileopsoas)*, 2 razy ku wewnątrz i ku górze i 1 raz wprost ku dołowi. Jakkolwiek więc w ułożeniu i kierunku wyrostka robaczkowego daje się spostrzegać pewna prawidłowość, to jednak należy mimo to zawsze pamiętać, że tak położenie, jak i kierunek wyrostka ulega często, zwłaszcza w przypadkach patologicznych, znacznym zmianom. Istotnie, zmiana położenia chorego, położenie kątnicy, stopień wypełnienia tak tego jelita, jak sąsiednich pętli jelitowych, właściwości treści jelitowej i inne warunki odgrywają tu niezaprzeczalnie ogromną rolę. Pod tym względem nie można nie przyłączyć się do nader trafnej uwagi Berry, że »das einzige Sichere an ihr (mianowicie, der Lage des Wurmfortsatzes) sei ihre Unsicherheit«.

W stanach patologicznych zależnie od zrostów spotykamy jeszcze znaczniejsze przemieszczenia wyrostka i zrośnięcie jego z narządami sąsiednimi, zwłaszcza z kątnicą i z okrężnicą wstępującą, a u kobiet z przydatkami macicy. Wyrostek bywa w tych razach nieraz skrzywiony, zgięty, nawet przegięty. O jego położeniu w niektórych

---

[1]) Podobne zaotrzewne położenie wyrostka powstaje jako wynik zmian zapalnych (Sprengel i inni).

z tych przypadków można wytworzyć sobie zdanie z obrazu klinicznego. Istotnie, jeśli sprawie chorobowej towarzyszą zaburzenia ze strony pęcherza moczowego, to ten objaw w wielu przypadkach będzie wskazywać, że wyrostek zwisa do jamy miednicy małej i jest zrośnięty ze ścianą pęcherza moczowego; jeśli zapalenie wyrostka przebiega z wybitnem wzmożeniem bolu podczas ruchów prawą kończyną dolną, ma to wskazywać na zrosty zapalne wyrostka z powięzią, pokrywającą mięsień biodrowo-lędźwiowy *(m. ileopsoas)*; wzdęcie brzucha, zależne od poraźnego stanu jelit, spotykamy, jak wykazują spostrzeżenia z kliniki Riedela (Krüger), w tych przypadkach, gdy wyrostek skierowuje się ku środkowi jamy brzusznej lub do miednicy małej, a w późniejszych okresach choroby i w razie położenia wyrostka poza kątnicą. Brak wymiotów wskazuje, według Riedela, że wyrostek leży pozaotrzewnie, lub jest uchwycony zrostami, lub wreszcie znajduje się poza kątnicą i okrężnicą wstępującą; przeciwnie, jeśli wyrostek leży swobodnie w jamie brzusznej, to gdy zapalenie przechodzi z błony śluzowej na błonę surowiczą, zjawiają się wymioty. Bole rozlane od początku choroby spotykamy przy swobodnem położeniu wyrostka, bole zaś ograniczone przemawiają za zrostami. Wreszcie bole w prawem podżebrzu podczas głębokich wdechów mogą wskazywać na zrosty wyrostka z dolną powierzchnią wątroby lub z żebrową częścią przepony. Jakkolwiek przytoczone właśnie objawy mogą w wielu przypadkach dopomódz do wyjaśnienia położenia wyrostka, to mimo to przemieszczenia wyrostka nieraz są tak niezwykłe, że prawidłowa ocena obrazu klinicznego staje się wprost niemożliwą. Tu należą przypadki, gdy wyrostek zrasta się z pętlą esowatą i przemieszcza się do lewej zatoki biodrowej lub przyrasta w okolicy prawej nerki i t. d.

Długość wyrostka waha się w znacznych granicach, dochodząc do 15—18 cm, nawet 23 cm (Luschka, Laferelle, Ransohoff) i 25 cm (Sonnenburg). W opisach spotykamy jednak takie przypadki, w których wyrostka nie było wcale lub przedstawiał się on w postaci przydatka kątnicy, długości 1 mm. Stan taki zależy już to od niedokształtu wyrostka (Fergusson, Robinson, Marie, Sprengel), już to od przebytych w dzieciństwie chorób wyrostka. Średnia długość wyrostka, według Ribberta (400 przypadków) wynosi 8,25 cm, według Sudsuki (500 zwłok) 8,6 cm, według Sprengela (93 przypadki) 8,5 cm, według Filimowskiego (100 zwłok) 6—8 cm, według Nowickiego (438 przypadków) 7,4 cm, według Rostowcewa najczęściej 7—8 cm, następnie 6—7 cm. Na żywym oznaczyć długość całego wyrostka jest rzeczą niemożliwą. Prof. Jaworski i Łapiński wyczuwali wyrostek na przestrzeni 2—5 cm; w moich badaniach wyczuwałem go średnio na przestrzeni 4—6 cm.

Średnica światła wyrostka wynosi średnio, według Berry, 6 mm, lecz może być znacznie mniejsza aż do zupełnego zarośnięcia wyrostka. Takie zarośnięcie znajdował Toldt (300 przypadków) w 16,6%, Ribbert (400) w 25%, Zuckerkandl (232) w 14%, Sprengel (97) w 20%, Ciechanowski i Gliński (600) w 11%, wreszcie Rostowcew w 25,8% i Nowicki (420) w 12%. Grubość wyrostka, według Rostowcewa, najczęściej wynosi 0.5—0,6 cm (43,9%), rzadziej 0,4—0,5 (26,2%). Przy badaniach na żywych Jaworski i Łapiński znajdowali grubość wyrostka niejednakową, najczęściej sprawiał on wrażenie cienkiego postronka, niekiedy zaś grubej nitki, z czem zupełnie zgadzają i moje badania. W stanach patologicznych grubość wyrostka może się zwiększać, zwłaszcza w przypadkach rozwoju t. zw. puchliny wyrostka *(hydrops processus vermiformis)*. Tak n. p., w przypadku Guttmanna wyrostek tworzył torbiel o obwodzie 21 cm, w przypadku Meslay i Poucheta średnica światła wyrostka wynosiła 6 cm. (Dok. nast.).

---

## Wyniki leczenia gruźlicy w Szczawnicy w roku 1908. [1]

Na podstawie uprzejmie udzielonych mi przez 8 kolegów Szczawnickich wykazów liczbowych i na podstawie własnych zapisków, przedstawiam w poniższej tablicy ruch chorych leczonych w Szczawnicy w r. 1908:

| Rodzaj choroby | Opuściło Szczawnicę | | | Umarło | Razem |
|---|---|---|---|---|---|
| | uleczonych | z polepszeniem | bez polepszenia | | |
| *Choroby narządów oddechowych.* | | | | | |
| Nieżyt przewlekły krtani, oskrzeli | 176 | 376 | 36 | — | 588 |
| Zapalenie płuc, opłucnej . . . | 48 | 49 | 6 | — | 103 |
| Rozedma płuc . . . . . . | 2 | 180 | 59 | — | 241 |
| Gruźlica płuc, krtani . . . . | 68 | 534 | 232 | 7 | 841 |
| *Choroby narządów trawienia.* | | | | | |
| Nieżyt żołądka, jelit . . . . | 55 | 46 | 13 | — | 114 |
| Krwawnice . . . . . . . . . | 7 | 3 | 1 | — | 11 |
| Zaparcia nawykowe żywota . . | 35 | 13 | — | — | 48 |
| Chor. wątroby, pęch., żółci, kam. | 21 | 27 | 1 | — | 49 |
| *Choroby narządów moczowych.* | | | | | |
| Przewlekłe zapalenie nerek . . | 9 | 6 | 4 | — | 19 |
| Kamyki nerkowe . . . . . . | 2 | — | — | — | 2 |
| Nieżyt pęcherza . . . . . . | 6 | 4 | — | — | 10 |
| *Choroby krwi i przemiany materyi.* | | | | | |
| Niedokrwistość, blednica . . . | 74 | 65 | 9 | — | 148 |
| Zołzy . . . . . . . . . . | 4 | 63 | 3 | — | 70 |
| Moczówka cukrowa . . . . . | — | 10 | 3 | — | 13 |
| Skaza moczanowa . . . . . | 26 | 21 | 1 | — | 48 |
| *Inne choroby.* | | | | | |
| Choroby serca i naczyń . . . | — | 14 | 8 | — | 22 |
| „ układu nerwowego . . | 1 | 8 | 3 | — | 12 |
| Wyzdrowienie po ostrych chorob. | 6 | — | — | — | 6 |
| Kiła . . . . . . . . . . . | — | 5 | — | — | 5 |
| Rak . . . . . . . . . . . | — | — | 1 | — | 1 |

Na ogólną liczbę 2351 wykazanych chorych przypada na choroby narządów oddechowych 1773 (75·4), narządów trawienia 222 (9·5), narządów moczowych 31 (1·3), na choroby krwi i przemiany materyi 279 (11·9), na inne choroby 46 (1·9).

Z chorób narządu oddechowego najwięcej przypada na gruźlicę, bo 841 t. j. 35·8% wszystkich chorych.

Na liczbę 841 chorych na gruźlicę opuściło Szczawnicę uleczonych 68 (8·1), z polepszeniem 534 (63·6), bez polepszenia 232 (27·7), umarło 7 (0·6).

Ponieważ u »wyleczonych« nie robiono próbnych szczepień tuberkuliną i nie można stanowczo wyłączyć, czy w zagojonych bliznach płuc nie pozostały złogi serowate ze zdolnymi do życia prątkami gruźlicy, przeto zgodnie z zapatrywaniem Fraenkla uważam za właściwsze takie przypadki zaliczyć także do rubryki »z polepszeniem«, których zatem będzie razem 602 t. j. 71·7% wszystkich przypadków gruźlicy. Do »uleczonych« i »z polepszeniem« zaliczono te przypadki, które przy końcu pobytu

[1]) Ostatnia publikacya ś. p. Barzyckiego, napisana na kilka dni przed śmiercią.

w Szczawnicy wykazały ustąpienie gorączki, zmniejszenie ilości plwocin lub zupełne ich ustąpienie, ustąpienie rzężeń, mniejsze lub większe podniesienie się ciężaru ciała.

W przypuszczeniu, że w pewnej części przypadków gruźlicy kwalifikacya wyników leczenia mogła być zbyt optymistyczna, należy wykazany odsetek 71·7 nieco obniżyć, — jednak przy najsumienniejszem obliczeniu nie będzie on niższym, niż 60·0.

W niemieckich sanatoryach dla zamożnych osób, gdzie chorzy na gruźlicę pozostają pod ciągłą opieką lekarską średnio po 6—7 miesięcy, wykazuje Detweiler i Turban po 70·0 i 79·6% dodatniego wyniku leczenia.

Jeżeli się zważy, że pobyt chorych w Szczawnicy wynosi średnio tylko 8 tygodni, że w liczbie chorych na gruźlicę, którzy w Szczawnicy pragną odzyskać zdrowie, większa część należy do mniej zamożnych lub niezamożnych, którzy co do wyboru mieszkania, sposobu żywienia się, a nawet co do używania zabiegów leczniczych skazani są na pewne — niekiedy znaczne ograniczenia — to przyznać się musi, że tak korzystne, jak wyżej liczbami wykazałem, wyniki leczenia gruźlicy w Szczawnicy, przypisać należy swoistym warunkom tego zdrojowiska, a mianowicie: odpowiedniemu wzniesieniu nad poziom morza, korzystnemu ukształtowaniu terenu, zasłoniętego od większych wiatrów, bardzo czystemu powietrzu i działaniu wód mineralnych, które w zdrojach Józefiny, Magdaleny i Szymona mają emanacyę radu. Przechadzki po rozległych parkach, ogrodach i okolicy o rozmaitym stopniu pochylenia, umiejętnie stosowane i stopniowane, są także ważnym, dotąd może za mało uwzględnianym czynnikiem, wzmacniającym sprawność oddychania i krążenia krwi.

Liczba 232 chorych na gruźlicę, którzy Szczawnicę opuścili bez polepszenia, obejmuje przeważnie takich chorych, dla których Szczawnica wcale nie była wskazana, z powodu znacznego rozpadu w płucach. Pożądanem jest, aby lekarze takim chorym odradzali podróż do Szczawnicy, gdyż połączone z tem zmęczenie fizyczne tylko na szkodę chorym wychodzi, pobyt ich w Szczawnicy w tym okresie choroby jest zupełnie bezcelowy, a dla innych gości i dla stałych mieszkańców zdrojowiska nawet niebezpieczny.

Nie ukrywam, że w Szczawnicy istnieją obecnie dość liczne braki i zaniedbania sanitarne, dające powód do częstych zażaleń. Sądzę, że braki te ustąpią wkrótce ze zmianą niektórych stosunków. Mimo to i w dzisiejszym stanie uważam Szczawnicę za nieocenione uzdrowisko dla zagrożonych lub chorych na gruźlicę w pierwszych okresach tej choroby, a przytoczone wyżej uwagi i cyfry polecam uwadze Szan. PP. Kolegów. Sądzę dalej, że zakładanie sanatoryów w Szczawnicy, przeznaczonych na pobyt zimowy, byłoby dobrodziejstwem dla takich chorych, dla których Zakopane z powodu wysokiego położenia nie jest wskazane — a nie wątpię, że takie sanatorya byłyby też korzystnym interesem dla przedsiębiorców. *Dr Józef Barzycki.*

## Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Szymonowicz. **Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie etc.** Zweite Auflage, vollständig umgearbeitet und ergänzt unter Mitarbeit von Prof. Dr Rudolf Krause. Würzburg, Kurt Kabitzsch (A Stubers Verlag) 1909. Cena 15 Mk.

Kiedy przed ośmiu laty ukazał się niemiecki podręcznik histologii i anatomii mikroskopowej Prof. Szymonowicza ze Lwowa, poświęciły wydawnictwu temu liczne fachowe pisma bardzo korzystne wzmianki, podnosząc jako zalety treściwe i jasne przedstawienie przedmiotu, a następnie świetne wprost ilustracye.

Życzliwe przyjęcie tego podręcznika, napisanego przez Polaka i wyczerpanie całego nakładu w niedługim stosunkowo czasie świadczą chlubnie o wartości dydaktycznej tego dzieła, zwłaszcza, że wobec wielu innych podręczników niemieckich, o połowę tańszych, rozpowszechnienie się tego podręcznika wśród młodzieży musiało napotkać na pewne trudności.

Wydanie pierwsze dzieła zostało także właśnie dzięki powyższym zaletom przetłómaczone na obce języki, o ile nam wiadomo, na angielski i włoski.

Dzisiaj mamy przed sobą drugie wydanie, zupełnie przerobione i uzupełnione, w której to żmudnej pracy wziął także udział Prof. Dr Rudolf Krause z Berlina.

Już powierzchowne przejrzenie tego nowego wydania przekonywa nas, że zyskało ono bardzo wiele pod każdym względem. Rozmiary podręcznika zwiększyły się blisko o 100 stron tekstu, wzrosła także liczba rycin i tablic barwnych, co podnosi znacznie wartość podręcznika przy nauce histologii, która opiera się jedynie na obrazach mikroskopowych. Usiłowaniem autora było przedewszystkiem wprowadzić do nowego wydania te wszystkie nowe zdobycze i teorye, jakie w ciągu ostatnich kilku lat tak znacznie zmieniły nasze zapatrywania na budowę tkanek i elementów w ich skład wchodzących. A to nie jest rzeczą tak łatwą, zwłaszcza jeżeli się zważy, że podręcznik, przeznaczony dla uczniów, nie może przekraczać pewnych rozmiarów; — trzeba więc rzecz każdą przedstawić zwięźle, a jasno i zrozumiale, z pośród wielu szczegółów trzeba wybrać to, na co większy należy położyć nacisk, a usunąć to, co ewentualnie można pominąć milczeniem; — to zaś wszystko powiodło się autorowi zupełnie.

Najwięcej zmian w tym kierunku spotykamy w części ogólnej dzieła, czyli w histologii w ścisłem tego słowa znaczeniu, chociaż i część druga — anatomia mikroskopowa, uległa znacznemu rozszerzeniu i uzupełnieniu: więcej uwzględniono w niej badania, odnoszące się do budowy mikroskopowej ustroju ludzkiego i zmieniono liczne ryciny, które w pierwszem wydaniu przedstawiały narządy zwierząt.

Czytając poszczególne ustępy podręcznika, zauważyć musimy, że napisany on jest w sposób bardzo łatwy i przystępny, że wszystkie teorye, odnoszące się do różnych zagadnień biologicznych, podane są w formie bardzo prostej i łatwo zrozumiałej. Nawet niektóre zawiłe sprawy, których opis napotyka na znaczne trudności, n. p. spermio- i oogeneza, oraz zapłodnienie, przedstawiają się jasno. Na każdym kroku spostrzegamy dążność autora do uproszczenia opisów, do wprowadzenia nowych zapatrywań na budowę i czynności różnych narządów, do objaśnienia ich rycinami, których dokładność jest tak wielka, że mogłyby w części zastąpić demonstracyę preparatów. Napisanie podręcznika jest zadaniem trudniejszem, niż się na pozór wydaje; przygotowanie wymaga wiele czasu i zachodu, bo właściwie należałoby cały materyał opanować i przerobić, by dopiero na podstawie tych badań stworzyć swój własny pogląd na różne zagadnienia. To też wiele podręczników ma cechę pracy kompilacyjnej, w której autor poprostu wyraża opinię kilku innych badaczy. Tej cechy niema podręcznik Szymonowicza. Z każdego ustępu przebija pewność zapatrywań na daną sprawę, bo rzeczywiście wiele ważniejszych zagadnień zostało poprzednio przez autora samodzielnie dokładnie opracowanych, o czem świadczą choćby liczne ryciny, rysowane z oryginalnych preparatów. Wszystkie zaś wątpliwe zagadnienia są również przedstawione w ten sposób, że czytelnik łatwo zrozumie, iż były one poddane dokładnej analizie, zanim znalazły miejsce w podręczniku.

Mimo jednak najskrupulatniejszego opracowania wszystkich działów, żaden podręcznik nie może być ostatnim wyrazem tego, co zdziałano do ostatniej chwili w nauce, bo już same techniczne trudności stają temu na przeszkodzie. Dlatego też każdy podręcznik musi mieć pewne braki w mniejszym lub większym stopniu, gdyż wreszcie i żaden autor nie zdołałby poprostu przerobić samodzielnie całego materyału i musi się posługiwać danemi z piśmiennictwa, które w niektórych kierunkach jest tak obszerne, że na przestudyowanie jego potrzeba szeregu miesięcy.

To też i w podręczniku Szymonowicza znajdujemy małe usterki, których autorowi uniknąć było niepodobna, najprawdopodobniej z powodu ograniczonych rozmiarów podręcznika i niemożliwości pomieszczenia w ciasnych ramach wszystkich szczegółów. Drobne te niedokładności spotykamy głównie w części I., t. j. w histologii, bo i zakres naszych zdobyczy jest w tej dziedzinie największy.

Budowę komórki przedstawili autorowie w sposób rzeczywiście bardzo jasny i dokładny mimo zwięzłości i krótkości tekstu; poruszyli w opisie także wyczerpująco sprawę budowy protoplazmy, jej własności fizyczne i chemiczne, lecz wśród tego nie znajdujemy zupełnie żadnych danych co do tych wielu badań najnowszych, zajmujących się t. zw. protoplazmą wyższą — »protoplasme supérieur« — jak ogólnie nazywa te twory Prenant, a która odgrywa wybitną rolę w różnych stanach czynnościowych komórki. Również i przy opisie tkanki gruczołowej i gruczołów nie znajdujemy żadnej wzmianki o t. zw. ergastoplazmie, ergoplazmie, włókienkach podstawowych i t. d., które to dyferencyacye odgrywają tak ważną rolę przy wytwarzaniu wydzieliny w komórkach surowiczych (Garnier).

Sprawa jądra przedstawiona jest także nieco za zwięźle; nie uwzględnili autorowie licznych badań nad czynnością jądra,

nad zmianami, które temu towarzyszą; również brak wszelkiej wzmianki o t. zw. *chromidium* (Hertwig R.), o tej chromatynie, występującej wśród protoplazmy, której dzisiaj przypisują prawie wszyscy badacze bardzo ważną rolę przy wszelkich stanach czynnościowych w elementach komórkowych. Wszystkie opisywane w protoplazmie twory, jak centroformia, trofospongia, »apparato reticolare« i t. p. podnosi n. p. Goldschmidt do chromidyum i nazywa je aparatem chromidyalnym, który w każdej prawie komórce, naturalnie w warunkach odpowiednich, wykazać można.

Rozdział zatem, traktujący o cytologii, mógłby być nieco dłuższy i wyczerpujący, boć przecież komórki są temi jednostkami, z których i tkanki i narządy się składają. Ale w każdym razie przyznać trzeba, że i ten krótki rys jest dokładny i ścisły, zawiera zasadnicze najnowsze zdobycze w tym kierunku i przedstawia budowę komórki i jej części składowych jasno i przejrzyście.

W niektórych zagadnieniach spornych, których przedstawienie jest rzeczywiście bardzo trudne w podręczniku z powodu niemożności podawania szczegółowych uzasadnień różnych teoryi, wkradły się pewne niedokładności i wątpliwości, że przytoczę sprawę ciałek podstawnych migawek, zapatrywania na sarkoplazmę komórki mięsnej, na sposób zakończenia neurytów na komórkach nerwowych (ryc. 98); lecz są to braki, które nie zmniejszają wartości podanych opisów i obrazów.

Zdaniem naszem należało również nieco obszerniej przedstawić sprawę przebiegu włókienek przewodzących w komórce nerwowej, które dzisiaj zostały już wykazane u wszystkich grup zwierząt w sposób zupełnie ścisły, zwłaszcza, że ich obecność w komórce musiała wpłynąć do pewnego stopnia na pojęcie neuronu.

Co do kształtu i budowy ciałka czerwonego krwi przyjmują autorowie dawniejsze jeszcze zapatrywania i tylko w niewielu słowach wspominają o zapatrywaniach Weidenreicha. Zdaniem naszem prace tego badacza są tak ścisłe i oparte na tylu dowodach, że zapatrywania jego możnaby chyba przyjąć bez zastrzeżeń.

W każdym razie cytologia i histologia zyskały wiele nowych i ciekawych szczegółów, zostały gruntownie opracowane i uzupełnione, tak że dokładne przestudyowanie tych działów podręcznika może dać uczniowi bardzo dobrą podstawę do zrozumienia różnych szczegółów w budowie mikroskopowej narządów.

W anatomii mikroskopowej znajdujemy wiele zmian, korzystnych pod każdym względem: tekst wyczerpujący i rysunki w tekście i na barwnych tablicach dają dokładny obraz zawiłych szczegółów w budowie narządów. Wprowadzenie nieco schematycznych rysunków modeli gruczołów ułatwia bardzo oryentacyę w ich budowie. Powinni jednak autorowie dążyć do tego, by ile możności rysunki narządów zwierzęcych zastąpić rysunkami odpowiednich narządów człowieka, zwłaszcza, że o odpowiedni materyał nie tak bardzo trudno.

W części tej podniósłbym głównie dwa szczegóły, które autorowie powinni uwzględnić: pierwsze, to dokładniejszy opis budowy przyjądrza, które dzisiaj ogólnie uważane jest za gruczoł, co stwierdzili liczni badacze (Hammer, Henry); drugie, to dokładniejsze przedstawienie szczegółowej budowy mikroskopowej układu nerwowego. Drugie wydanie pod tym względem niewiele się różni od I-go; znajdujemy coprawda zwiększoną liczbę rysunków, lecz dokładniej opisana jest tylko budowa mikroskopowa rdzenia kręgowego, kory móżdżku i mózgu. Przedstawienie zupełnie luźne tych trzech odcinków nie daje naturalnie pojęcia o budowie ogólnej układu nerwowego ośrodkowego. Brak tego właśnie działu jest wadą wszystkich podręczników histologii, a zdaje mi się, że przy nieznacznem skróceniu niektórych działów i opuszczeniu zupełnem zarysu techniki mikroskopowej, zajmującej 40 stron, udałoby się ten ważny rozdział pomieścić. Zarys techniki jest zdaniem mojem w podręczniku zbyteczny, bo każdy uczeń, o ile jaki preparat zechce zrobić, w każdej pracowni znajdzie obszerniejsze dzieła, traktujące o technice mikroskopowej, a podczas ćwiczeń albo otrzymują uczniowie preparaty już gotowe, albo zrobią je według wskazówek profesora; z tego krótkiego zarysu zupełnie zatem nie korzystają.

Krótkie i jasne przedstawienie budowy rdzenia przedłużonego, mostu i części wyższych osi mózgowo-rdzeniowej, oznaczenie ważniejszych miejsc z substancyi szarej, z których pochodzą nerwy czaszkowe, a następnie dokładny rys przebiegu, choćby najważniejszych dróg nerwowych: piramidalnej, czuciowej, móżdżkowych — dałby uczniowi podstawę do zrozumienia i budowy układu nerwowego i jego czynności, tak w stanie fizyologicznym, jak i patologicznym. Może w przyszłem wydaniu zechcą autorowie ten rozdział w tym właśnie kierunku rozszerzyć.

Bądź co bądź II. wydanie podręcznika Szymonowicza sprawia pod każdym względem bardzo korzystne wrażenie i staje na poziomie daleko wyższym od I-go wydania, przynosi bowiem bardzo dokładnie i z wielkim nakładem pracy obrobiony materyał, uwzględnia najnowsze zdobycze i przedstawia wszystkie sprawy w formie łatwej, przystępnej i oryginalnej. Wartość podręcznika podnoszą w znacznej mierze liczne, zwłaszcza barwne ryciny, które dają uczniowi wierniejszy poniekąd obraz demonstrowanego preparatu; jednem słowem podręcznik Szymonowicza stawiam daleko wyżej, niż inne podręczniki, w które piśmiennictwo niemieckie tak bardzo obfituje.

Nieliczne usterki, które przytoczyliśmy wyżej, nie obniżają w niczem wartości podręcznika, gdyż są one mniej liczne, niż w innych, nawet najnowszych tego rodzaju dziełach. Na te usterki zwróciliśmy uwagę tylko z tego powodu, że pragnęlibyśmy, by w następnem wydaniu zostały i one usunięte, aby rzeczywiście podręcznik naszego rodaka był najlepszy z podręczników, przeznaczonych przedewszystkiem dla obcych.

Żałować tylko musimy, że dzieło Szymonowicza nie wyszło w języku polskim; — niestety wobec niezbyt wielkiej liczby naszej uczącej się młodzieży i wskutek tego niewielkiego zapotrzebowania podręcznika, wydawnictwo takie, bardzo kosztowne, musiałoby przynieść straty, na które żaden wydawca nie byłby się zgodził.

Drugie wydanie podręcznika Szymonowicza ze względu na swoje liczne bardzo zalety znajdzie w uczącej się młodzieży bardzo gorące przyjęcie, na jakie w zupełności zasługuje, a do tego przyczyni się niewątpliwie i cena podręcznika która wobec bardzo starannego, wprost zbytkownego wydania i licznych bardzo, bo 60 przeważnie barwnych tablic, wcale nie jest wygórowana. *Prof. Maziarski.*

---

## Piśmiennictwo bieżące.

### Medycyna wewnętrzna.

Arloing i Debombourg. **Badania nad tuberkulinowym odczynem ocznym i surowiczym odczynem aglutynacyjnym.** (*Journ. de phys. et pathol. gén.* 1908, Nr 1). Autorowie przeprowadzili szereg badań równoległych nad odczynem ocznym i surowiczym. Pierwsze wstępne badania, przeprowadzone na 40 chorych, wykazały, że w niektórych przypadkach odczyn surowiczy daje wynik dodatni, gdy odczyn oczny daje ujemny i odwrotnie. Odczyn oczny dał dodatni wynik w 25 przypadkach, a odczyn surowiczy w 31. Dalsze badania przeprowadzili autowie w 3 seryach: 1) u chorych z klinicznymi objawami gruźlicy, 2) u chorych bez klinicznych objawów gruźlicy, 3) u chorych na rozmaite inne choroby zakaźne. Z badań tych wynika, że u osób chorych na gruźlicę oba odczyny dają mniej więcej jednakowe wyniki, tylko w III. okresie choroby można zauważyć, że gdy odczyn oczny jest nawet bardzo wybitny, to częstokroć odczyn surowiczy bywa bardzo słabo zaznaczony. W postaciach o ostrym przebiegu odczyn oczny bywa częściej dodatni, a odczyn surowiczy ujemny. W postaciach o przewlekłym przebiegu odczyn oczny bywa ujemny, zaś surowiczy — dodatni. W chorobach zakaźnych oba odczyny dają często dodatni wynik. Wobec tego autorowie sądzą, że 1) odczyn oczny niema wyższości nad surowiczym; odczyn surowiczy zaś w każdym razie ma pewne dodatnie strony, jakoto: nieszkodliwość, stałość i możność większego cieniowania. 2) Odczyn oczny, mówiąc ogólnie, świadczy o stopniu zatrucia ustroju przez rozmaite jady mikrobów, zaś odczyn surowiczy określa stan obrony czynnej ustroju względem zakażenia. *Dr L. Mańkowski.*

Bungart. **Nawrót w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 38). Aby ocenić, jak często w przebiegu zapalenia płuc powstają nawroty, trzeba je odróżnić od ponawiania się tej sprawy po miesiącach i latach, oraz od powstawania nowych ognisk w oddalonych częściach płuc, czyli t. zw. *pneumonia errans.* W wykrywaniu istotnych nawrotów, — które zdarzają się bardzo rzadko — a które autor miał sposobność kilkakrotnie spostrzegać, oddaje wielkie usługi prześwietlanie promieniami Roentgena. *Dr M. Godlewski.*

Beldau. **Wczesne rozpoznawanie i leczenie rozszerzenia oskrzeli.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 43). Czopki Dittricha występują zdaniem autora już bardzo wcześnie, mają przeto w rozszerzeniu oskrzeli wielkie rozpoznawcze znaczenie. Autor sądzi, że przez zastosowane dość wcześnie właściwe leczenie można tok tej sprawy chorobowej powstrzymać. Leczenie to ma polegać na użyciu w mleku w ciągu dnia 4 razy po 60 kropel z rozczynu. Rp: *Balsami Gurjuni 5. — Balsami peruviani 15. — Alcoholi absol. 10. — Tinct. Helianthi annui 20. — Ol. Terebinth. rect. Myrtholi aa. 7·5. Dr M. Godlewski.*

Plate. **Jakimi fizycznymi środkami możemy wpływać na wessanie płynu z jamy opłucnej?** (*Pos. Tow. lek.* Hamburg, 3. XI. 1908). Warunki wessania są w opłucnej zdrowej, a chorej zupełnie inne. P. starał się w doświadczeniach na zwierzętach wykazać, które ze zwykle używanych fizycznych środków działają najlepiej, t. j. najwięcej pobudzają opłucnę do zwiększonego wchłaniania płynu. Postępował w ten sposób, że królikom wstrzykiwał do opłucnej 20 cm 10% rozczynu cukru mlecznego, a potem badał co 2 godziny mocz co do cukru ilościowo, stosując równocześnie na klatkę piersiową różne procedury, jak okłady Priessnitza, okłady kwaśne, wyskokowe, lodowe, gorąco, leczenie wibracyjne i t. p. Najszybciej ukazywał się cukier w moczu przy stosowaniu okładów Priessnitza, a potem przy stosowaniu okładów wyskokowych. *A.*

Doc. Hildebrandt. **O pochodzeniu urobiliny.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 12). Autor spostrzegał przypadek sekcyą stwierdzonego raka woreczka żółciowego z zupełną niedrożnością przewodu żółciowego, powikłanego bardzo wielkimi krwiakami w mięśniach prostych brzucha. W moczu, jakoteż w płynach przesiękowych stwierdził H. jedynie obecność bilirubiny, brakło natomiast tak urobiliny, jak urobilinogenu. Przypadek ten świadczy stanowczo przeciwko teoryi o pochodzeniu urobiliny ze krwi. Za przechodzeniem urobiliny przez łożysko świadczy badanie żółci i treści jelit u 1/2 godziny zaledwie żyjącego dziecka niedonoszonego. Mocz matki chorej na gruźlicę płuc stale zawierał znaczne ilości urobiliny. W żółci dziecka stwierdził H. urobilinę, w jelitach cienkich ślady, w jelicie grubem urobiliny nie było. *Dr Skórczewski.*

Romberg. **Dzisiejsze metody pobudzenia wydzielania moczu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 39). Według dzisiejszych pojęć chodzi w tych razach nietyle o podniesienie ciśnienia, ile o przyspieszenie krążenia krwi. Prócz środków sercowych trzeba pierwszeństwo w sprawie wywołania większego oddawania moczu oddać teocynie, której działanie przewyższa działanie diuretyny. Diuretynę zaś należy podawać w średnich dawkach (0,50), ale zawsze w stosunkowo krótkim przeciągu czasu, więc w połowie dnia kilka proszków. R. zwraca uwagę na powszechnie może za mało uwzględnione i mało znane szczegóły, n. p. na to, że w przeciwieństwie do ludzi zdrowych chorzy na serce oddają w nocy więcej moczu, niż we dnie, t. j. w czasie czuwania. Wynika stąd, że przy objawach niedomogi sercowej należy starać się pilnie o dobry sen chorego. *Dr M. Godlewski.*

## Pedyatrya.

F. Gofferie: **Dobowe wahania ciepłoty u zdrowych i chorych niemowląt.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde,* Sierpień, 1908). Według Weilla, Finkensteina i Jundella krzywa dobowej ciepłoty u zdrowego niemowlęcia waha się w granicach 0,1°—0,2°. Brak większych wahań (Weill) może być nawet wskaźnikiem zdrowia niemowlęcia. Autor na zasadzie licznych badań doszedł do innych wniosków. U niemowląt istnieją dosyć znaczne wahania ciepłoty, ale największy spadek wypada nie w godzinach rannych, jak u ludzi dorosłych, lecz w pierwszych godzinach po północy. W drezdeńskim przytułku dla ustalenia krzywej prawidłowej mierzą ciepłotę trzy razy: o 2-giej w nocy, o 10-ej zrana i o 6-ej popołudniu. Wahania ciepłoty u noworodków do 3—4 tygodni są nieznaczne; następnie, im dziecko jest starsze, tem różnica pomiędzy poziomem dziennym i nocnym występuje wybitniej. Na krzywą ciepłoty wyraźnego wpływu nie wywiera ani sposób karmienia, ani ciepłota pokoju, w którym się znajduje niemowlę. Wahania ciepłoty u dzieci uzależnia autor, podobnie, jak to stwierdzili co do dorosłych Magnus-Lewy i Johanson, od wydzielania kwasu węglowego przez ustrój, względnie od działalności układu mięśniowego. Dlatego też u noworodka wahania są nieznaczne, a w miarę zwiększania się zainteresowania otoczeniem i doskonalenia zmysłów, różnica ciepłoty występuje coraz wyraźniej. Średnia ciepłota u dzieci po roku utrzymuje się na jednym prawie poziomie, natomiast u poszczególnych niemowląt różnice są duże i to tem większe, im młodsze jest niemowlę. Po części różnica zależy od warunków zakładów, w których znajdują się dzieci. Średnia ciepłota wahać się może (Jundell) pomiędzy 36,74° i 37,36°. Przyczyna tych dużych różnic pozostaje niewyjaśniona. Niedostateczne odżywianie nieznacznie tylko obniża poziom dziennej ciepłoty. Przy głodzeniu stwierdzono znaczne obniżenie ciepłoty średniej. Podczas zdrowienia po ostrych chorobach gorączkowych wracają prawidłowe wahania ciepłoty, zwykle nawet wahania są większe, niż u zdrowych dzieci. Brak wahań wskazuje na zbyt powolne zdrowienie lub na powikłania. Stan gorączkowy u dzieci występować może bez podniesienia ogólnej ciepłoty, znikać tylko może nocne obniżenie i wtedy wahania ciepłoty są bardzo małe. *Dr Mogilnicki.*

Fobler i Bogen: **O czasie trwania trawienia mleka w żołądku i wpływie na nie różnych czynników.** (*Monatsschrift für Kinderheilk.*, T. VII, Nr 1, 1908).

Badania Epsteina, Czernego, Wohlmanna, wykonane zapomocą zgłębnikowania żołądka, wykazały, że przy karmieniu naturalnem po 1½—2 godzin, przy karmieniu sztucznem po 3 godzinach od przyjęcia pokarmu, żołądek jest pusty. Metody tej nie należy jednak uważać za doskonałą, gdyż chwilę opróżnienia żołądka za pomocą zgłębnikowania możemy określić niezupełnie dokładnie: albo znajdujemy żołądek już pustym, albo stwierdzamy jeszcze resztki pokarmów.

U zwierząt można otrzymać dobre wyniki, posługując się przy określaniu czasu trwania trawienia żołądkowego przetoką dwunastniczą, założoną metodą Pawłowa-Dastra.

Przy doświadczeniach na niemowlętach, Fobler i Bogen badają trawienie żołądkowe, prześwietlając okolicę żołądka promieniami Röntgena. U dorosłych, chcąc określić granice żołądka, należy do pokarmu dodać bizmutu, gdyż tylko wtedy otrzymamy na ekranie cień. U niemowląt ten dodatek bizmutu jest zupełnie zbyteczny. Gdy żołądek jest pusty, nie widzimy na ekranie żadnego charakterystycznego obrazu, gdy zaś zawiera nawet niewielką (od 5 ctm.³) ilość mleka, otrzymujemy na ekranie wyraźny obraz — cień zawartości żołądka.

Posługując się tą metodą, autorzy stwierdzili, że z początku zawartość żołądka zmniejsza się szybko, dalej następuje dłuższy okres powolnego trawienia, w końcu wreszcie resztki pokarmu opuszczają żołądek bardzo szybko. Długość trawienia żołądkowego jest zależna od wielu czynników.

Przedewszystkiem już przy badaniach na zwierzętach F. i B. zauważyli, że jeżeli pies czuje się niedobrze, czy to z powodu zmęczenia, czy też zimna, lub parcia na mocz, to trawienie żołądkowe przedłuża się o ½—1 godziny. To samo stwierdzono u dzieci. Pewien wpływ wywiera stopień głodu i długość przerw między posiłkami: pierwszy ranny posiłek zazwyczaj żołądek trawi szybciej, niż następne. Dalej zauważono wybitne różnice indywidualne: przy jednej i tej samej ilości pokarmu u różnych dzieci, długość trawienia żołądkowego bywa różna; tak n. p. przy 100 grm. mleka kobiecego u jednego dziecka trawienie żołądkowe trwało 155 minut, u drugiego zaś 185 minut. Wogóle stwierdzono, że u dzieci chorych, osłabionych i przedwcześnie urodzonych opróżnienie żołądka trwa dłużej, niż u dzieci zdrowych. Co do wpływu ilości pokarmu, to zauważono, że przy większych ilościach żołądek opróżnia się dłużej, lecz czas trwania trawienia nie zwiększa się proporcyonalnie do zwiększenia ilości mleka; naprzykład, jeżeli przy 40—50 grm. mleka trawienie u różnych dzieci trwało 55, 70, 83, 100, 155 minut, to przy zdwojonej ilości trawienie trwało dłużej zaledwie o 45, 35, 42, 85, 25 minut.

Jakość pokarmu, szczególniej zawartość w nim tłuszczu i węglowodanów, również wywiera wpływ na długość trawienia żołądkowego. Tłuszcze wybitnie przedłużają okres trawienia: przy zwiększeniu ilości tłuszczu w mleku z 0,6°—0,3°—0,0 do 7,2%—6,1%—15%, czas trawienia żołądkowego u niemowląt zwiększył się z 70—100—35 minut do 195—210—210 minut. Węglowodany zaś, o ile można sądzić z nielicznych w tym kierunku badań F. i B., jak również z badań Müllera i Penzoldta, skracają czas trwania trawienia żołądkowego.

Dalej autorzy badali wpływ rozcieńczenia mleka i na zasadzie 2 seryi doświadczeń, (z której w jednej przy stałej ilości pokarmu zmieniali ilość mleka, w drugiej przy stałej ilości mleka zmieniali ilość pokarmu, *resp.* wody) doszli do następujących wyników: przy pierwszym sposobie karmienia długość trawienia żołądkowego zmienia się zależnie od ilości mleka w pokarmie, przytem mniej więcej w takim stosunku, jaki stwierdzono przy karmieniu mlekiem nierozcieńczonem (patrz wyżej); przy drugim zaś sposobie karmienia stwierdzono, że u psów przy

stałej ilości mleka wraz z powiększaniem ilości wody, długość trawienia stale skraca się, u dzieci zaś następuje zmniejszenie okresu trawienia tylko przy małych rozcieńczeniach (1½ wody — ½ mleka); przy większych rozcieńczeniach (⅓—¼ mleka) trawienie żołądkowe, przeciwnie, przedłuża się. Autorzy dawali dzieciom mleko zarówno gotowane, jak i surowe. Stałego wpływu gotowania na długość trawienia nie zauważono. W jednych przypadkach czas trwania trawienia żołądkowego przy karmieniu mlekiem surowem był krótszy, niż przy karmieniu mlekiem gotowanem, w innych zaś nie stwierdzono żadnej różnicy w długości trawienia. *Wł. Schoenaich.*

Reeve-Ramsey: **O obecności pepsyny w żołądku oseska i o zależności jego siły trawiennej od kwasu solnego.** (*Jahrbuch für Kinderheilk.*, Sierpień, 1908). Autor wykonał 47 badań w klinice Heubnera nad sokiem żołądkowym dzieci od 11 dni do 10 miesięcy. Wyniki badań były następujące: U zdrowych dzieci, karmionych piersią, zawsze znajduje się pepsyna; zwykle bywa pepsyna u dzieci chorych na ostre zaburzenia pokarmowe. Ilość pepsyny i kwasu solnego u dzieci chorych na skurcz odźwiernika bywa zwykle zwiększona. Żołądek dzieci dotkniętych zanikiem ogólnym nie zawiera pepsyny, zjawia się ona w żołądku z chwilą poprawiania się stanu ogólnego dzieci. Prawidłowy sok żołądkowy zdrowych dzieci może przerabiać białko na peptony; pepsyna może trawić białko bez kwasu solnego, a li tylko w obecności kwasu mlecznego; w soku żołądkowym może być kwas solny lub mleczny bez pepsyny, jak również pepsyna bez kwasu solnego lub mlecznego. *Dr Mogilnicki.*

L. Boissonnais: **Przyczynek do badań nad karmieniem piersią matki.** (*Arch. de méd. des enf.*, Nr 5, 1908). W 2 tablicach podaje autor pracowicie zebrane liczby, wskazujące: 1) ilość mleka wyssaną przez dziecko z piersi matki za każdem przystawieniem do piersi; badanie to prowadził autor w ciągu 371 dni, z czego 264 przypada na wyłączne karmienie piersią; 2) wagę dziecka w ciągu poszczególnych tygodni, ilość mleka, wyssaną w ciągu tygodnia i średnią ilość dzienną, wreszcie wskaźnik (quotient) dziennej ilości mleka, przypadającej na 1 kg. wagi; ilość ta wynosiła w pierwszych tygodniach życia 172,0 na kg., w końcu roku zaś 120,0. Liczby, podane przez autora, są naogół niższe od danych, jakie otrzymywał w licznych swych badaniach Feer. *W. Jasiński.*

Cl. Ferreira: **Dyeta obfita w skrobię i mączno-mleczne odżywianie w zaburzeniach przewodu pokarmowego u dzieci.** (*Archives de méd. des enf.* Nr 5, 1908). Powszechny do niedawna pogląd, że skrobia nie nadaje się do odżywiania osesków (dla braku u nich zaczynu scukrzającego) obalony został przez Heubnera, który dowiódł, że już 3-miesięczne dziecko trawi dobrze skrobię przy odpowiedniem jej stosowaniu. Liczne badania wykazały natomiast, że dyeta wyłącznie mleczna źle bywa znoszona i najbardziej uporczywe zaburzenia żołądkowo-jelitowe spostrzega się właśnie u dzieci, odżywianych wyłącznie mlekiem. Rozkład bowiem sernika sprzyja obfitemu rozmnażaniu się flory jelitowej, obecność zaś węglowodanów stwarza nieodpowiednie dla tej flory podłoże, działa więc pośrednio przeciwgnilnie. W przypadkach zaburzeń żołądkowo-jelitowych radzi autor po dyecie wyłącznie wodnej stosować najpierw kleiki na wodzie (z ryżu, arrowroot, mączki kartoflanej), później zaś dodawać stopniowo mleka. Autor przytacza opinie wielu wybitnych badaczy, przedewszystkiem zaś poglądy Hutinela i Guinona, wypowiedziane już w r. 1894—1897. *W. Jasiński.*

Birk: **Odżywianie mlekiem jednolitem** (*homogenisierte Milch*). (*Monatsschr. f. Kinderheilk.*, T. VII, zeszyt 3, 1908). Różnica między mlekiem kobiecem, a mlekiem krowiem, polega między innemi na tem, że mleko kobiece tworzy jednolitą, delikatną zawiesinę tłuszczową, mleko zaś krowie jest mieszaniną różnej wielkości kulek tłuszczowych. *A priori* można przypuścić, że trudniejsze wchłanianie się mleka krowiego w porównaniu z mlekiem kobiecem zależne jest w znacznej mierze od tej nierównomierności kulek tłuszczowych. Homogenizacya mleka krowiego polega właśnie na tem, aby zapomocą specyalnych maszyn stworzyć z mleka krowiego zupełnie jednolity płyn, w którymby kuleczki tłuszczowe były tak delikatnie zawieszone, jak w mleku kobiecem.

Maszyny homogenizacyjne w zupełności odpowiadają swemu przeznaczeniu. Co się tyczy wyników klinicznych, to one nie potwierdzają nadziei, pokładanej w mleku jednolitem. Większość autorów, którzy karmili dzieci tem mlekiem, dochodzi do wniosku, że nie ma ono żadnej wyższości nad zwykłem mlekiem krowiem. Niektórzy nawet, jak Bernheim, Bourdillon, Comby, Stoss, Lecornu i inni, spostrzegali przypadki gnilca, powstałego wskutek karmienia mlekiem jednolitem. Wyjątek stanowią spostrzeżenia Variota, który zawsze, zarówno u zdrowych, jak i u chorych dzieci, widział dobre wyniki: większy przyrost na wadze, lepsze wchłanianie tłuszczu i białka.

Doświadczenia Birka nie wypadły tak świetnie, jak Variota. Autor karmił mlekiem jednolitem dzieci zdrowe i chore, z tych ostatnich szczególniej te, u których na zasadzie charakteru wypróżnień (suche, szarobiałe), należało sądzić o patologicznem tworzeniu się mydła w kiszkach. Żadnego jednak wpływu na charakter wypróżnień, jak również na ogólny stan chorych B. nie stwierdził.

Wogóle autor dochodzi do wniosku, że mleko jednolite u dzieci zdrowych nie daje lepszych wyników, niż zwykłe mleko krowie, u dzieci chorych nie zaspakaja wskazań, któreby mogły dać powód do jego zastosowania. *Wł. Schoenaich.*

Fr. Houssay: **Leczenie biegunek letnich u dzieci winem czerwonem w postaci przepłukiwań kiszkowych.** (*Arch. de méd. des enf.*, Nr 4, 1908).

W różnych postaciach ostrego nieżytu żołądka i jelit u dzieci stosuje autor przepłukiwania kiszkowe, używając wina czerwonego, niezbyt starego, po poprzedniem zagotowaniu; na każde płukanie bierze autor 1 litr wina ciepłego; przy płukaniu zwraca uwagę, by płyn miał wolny odpływ z kiszek (najlepiej przez rurkę rozdwojoną (à double courant); z początku stosuje autor po 3 litry, później po 2 litry dziennie, dopóki biegunka nie ustąpi (do 15 dni z rzędu). Wino ma tu mieć wpływ przeciwgnilny i wpływać na podniesienie ogólnego stanu chorych. Z 6 opisanych przez autora przypadków 4 leczono przepłukiwaniami pomyślnie, w 2 pozostałych otoczenie chorych zaniechało przepłukiwań wskutek drgawek, jakie występowały podczas leczenia. Autor usilnie zbija zarzut, jakoby drgawki w tych przypadkach miały być objawem zatrucia wyskokiem — o ile bowiem stosowane jest istotnie płukanie (nie wlewanie) i wino poprzednio gotowano, o zatruciu wyskokiem niema mowy. *W. Jasiński.*

Ruotte: **Leczenie doszczętne przepukliny pachwinowej u dzieci.** (*Arch. de méd. des enfants*, Nr 2, 1908).

Autor operował w ciągu roku 14 przypadków przepukliny pachwinowej u dzieci do lat 3: u 5 przed rokiem, u 7 w wieku od 1—2, u 2 — do 3 lat; u 5 dzieci (z tych 3 poniżej 1 roku) przepuklina była obustronna. Objawy uwięźnięcia spostrzegał autor dwukrotnie: u 3- i 6-miesięcznego dziecka; nawrót widział raz jeden (we wszystkich przypadkach upłynął rok od zabiegu) u dziecka 2-letniego, którego otoczenie nie umiało zabezpieczyć opatrunku od zamoczenia. Autor wnosi, że wiek dziecka nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu, o ile dziecko po zabiegu ma zapewnioną umiejętną opiekę; jako istotne wskazania do zabiegu podaje autor: przepukliny duże i powiększające się stale, przepukliny z jednoczesnym wodniakiem jądra, przepukliny, mające skłonność do uwięźnięcia, przypadki obustronnej przepukliny. *Wacław Jasiński.*

Ferrais-Wyss: **O nawrotach i nibynawrotach płonicy.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, kwiecień, 1908).

Z 5 opisanych przypadków, w 2 spostrzegano nawrót pozorny, w 3 prawdziwy. Nawrotem nazywa autor powtórzenie się typowego obrazu choroby, już w okresie dalekiego zdrowienia; nawrót pozorny zaś występuje u chorych przed okresem zdrowienia i różni się od pierwotnego obrazu rodzajem wysypki, podobnej do odrowej i częstem zajęciem spojówek.

Jak nawrót, tak i nibynawrót, należą do rzeczy bardzo rzadkich. Przyczyna występowania jest nieznana, jedni przypuszczają pewną specyalną nadwrażliwość ustroju, lub usposobienie dziedziczne, inni uzależniają nawroty od samozatrucia, jeszcze inni widzą przyczynę w nowem zakażeniu z zewnątrz. W każdym razie, dopóki sam zarazek płonicy jest nieznany i przyczyna nawrotu niewyjaśniona, rzeczą jest pożądaną wszystkie powikłane przypadki płonicy możliwie odosabniać. *T. Mogilnicki.*

M. Dawidowicz: **O płonicy urazowej.** (*Jahrbuch für Kindherheilk. Ergänzungsheft.*, 1908).

Przypadki płonicy, w których punktem wyjścia była rana, nazywa autorka płonicą urazową. Postać tę spostrzegano 51 razy. Wszystkie przypadki podzielono na trzy grupy: Do pierwszej zaliczono przypadki płonicy po ranach przypadkowych lub oparzeniach (21 przypadków); do drugiej — w okresie poporodowym (11 przypadków); do trzeciej — w okresie pooperacyjnym (19 przypadków). Rozpoznanie płonicy opierano na typowej wysypce z następczem łuszczeniem i na malinowym języku; z powikłań spostrzegano często nieznaczne zapalenie gardła, rzadziej,

lekkie zajęcie stawów lub szmery w sercu. Zapalenia nerek nie było ani razu. Na gojenie się ran płonica ujemnego wpływu nie wywierała. We wszystkich przypadkach zejście było pomyślne. Wogóle płonicę urazową uważa autorka za chorobę lekką. *Dr Mogilnicki.*

Kredel **O płonicy przyrannej** (*Arch. f. kl. Chir.* T. 87, Z. IV). Podczas epidemii płonicy w Hanowerze spostrzegał K. w swoim szpitalu bardzo często wybuch płonicy u dzieci po większych operacyach. Wysypka zaczynała się zwykle od rany operacyjnej, czas wylęgania wynosił 1—8 dni. Płonica występowała i po operacyach zupełnie jałowych i jałowo się gojących. Znamienne przy tej przyrannej płonicy było bardzo rzadkie występowanie zapalenia gardła. Z dzieci operowanych w szpitalu wybuchła płonica u 4·1%, a z nieoperowanych tylko u 2·3%. Te dane skłaniają K. do twierdzenia, że chodziło tu o zakażenie płonicą drogą rany operacyjnej. Jeżeli tak rzecz się ma w istocie, w takim razie w czasie silnej epidemii płonicy należałoby chyba wrócić do energicznej antyseptyki przy operacyach u dzieci *K.*

Zalenski: **Odczyn dwuazowy w chorobie surowiczej** (*Wraczebn. Gaz.* Nr 33—34 1908). Od czego właściwie zależy odczyn dwuazowy, dotychczas z pewnością nie wiadomo. Większość autorów szuka przyczyny w zakażeniu i mniema, że odczyn dwuazowy zależy od przeniknięcia do ustroju niektórych mikrobów (durowych, odrowych, gruźliczych). Podług zdania autora, przeczy temu zapatrywaniu to, że odczyn dwuazowy występuje w chorobie surowiczej (Serumkrankheit). Autor spostrzegał 82 przypadki choroby surowiczej. W 61 choroba przebiegała z gorączką, i z nich w 8 przypadkach odczyn dwuazowy był bardzo wybitny; słabszy odczyn otrzymał autor jeszcze w 6 przypadkach. 2 przypadki choroby surowiczej, najwybitniejsze, autor przytacza w całości. Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi autor między innymi do następujących wniosków: 1) Odczyn dwuazowy występuje w chorobie surowiczej, przebiegającej z podniesioną ciepłotą i objawia się tem wybitniej, czem cięższą jest choroba. 2) W przypadkach bez podniesienia ciepłoty odczyn dwuazowy nie zdarza się wcale. 3) Odczyn dwuazowy nie może służyć za objaw odróżniający w rozpoznawaniu różniczkowem między odrą i chorobą surowiczą. 4) Składniki, które dają odczyn dwuazowy, nie są produktami rozkładu ciał bakteryjnych, ale powstają z rozkładu tkanek ustroju. 5) Między hypoleukocytozą i odczynem dwuazowym istnieje jakaś niewyjaśniona jeszcze równoległość. *Dr L. Mańkowski.*

Finkensztejn: **Przyczynek do gruźlicy u dzieci** (*Wraczebn. Gaz.* Nr 39—40 1908). Autor opracował materyał sekcyjny kliniki chorób dziecięcych Prof. Czernowa w Kijowie. Zebrał on 410 sekcyj. Odsetek gruźlicy u dzieci do 1 roku wynosił 18%; od 1—5 lat — 32,6%; od 5—10 lat — 35,6%; od 10—15 lat — 37,4%. Idąc śladem Nägeliego odróżnia autor gruźlicę śmiertelną i nie zagrażającą bezpośrednio śmiercią, a w tej znów postać czynną, postępującą i nieczynną, zanikową. Na 137 przypadków gruźlicy miał autor 91 przypadków gruźlicy śmiertelnej, 33 — czynnej, 13 — nieczynnej. Przy bliższem badaniu przypadków gruźlicy śmiertelnej wpadała przedewszystkiem w oczy skłonność do uogólnienia się, t. j. do zajęcia naraz wielu narządów; skłonność ta tem wybitniej występowała, im dziecko było młodsze. Najczęściej zmiany można było zauważyć w płucach i gruczołach oskrzelowych. Tutaj nasuwała się sprawa drogi, jaką lasecznik gruźliczy dostaje się do ustroju człowieka. Autor zebrał z piśmiennictwa 53.536 przypadków sekcyi dzieci, a w tej liczbie było 10.574 przypadków gruźlicy. Wśród tych 10.574 przypadków gruźlicy było 191 przypadków, gdzie gruźlica ograniczała się tylko do przewodu pokarmowego. Sam autor spostrzegał tylko 6 przypadków gruźlicy li tylko przewodu pokarmowego. A zatem przewód pokarmowy bywa stosunkowo dość rzadko zajęty. Ale ostatecznie nie można z tego jeszcze wnosić, że przewód pokarmowy nie jest drogą, którą lasecznik gruźliczy dostaje się do ustroju. Badania Bartela i Spielera (wiedeński Zakład anatomii patologicznej) stwierdziły, że płuca są tylko miejscem mniejszej odporności wobec tego, że gruczoły oskrzelowe są u dzieci daleko mniej rozwinięte, niż gruczoły krezkowe. Autor obszernie omawia tę sprawę, przytacza zdania rozmaitych autorów, ale ostatecznie nie dochodzi do określonych wyników. — Co się zaś tyczy tak zwanej skrytej gruźlicy dorosłych, to na podstawie doświadczeń Bartela i Weichselbauma, Harbitza i innych dochodzi autor do wniosku, że nie mamy żadnych dowodów, aby gruźlica dłużej niż 3 miesiące mogła rozwijać się skrycie i dla tego ta część teoryi Behringa i Baumgartena nie może być przyjęta. *Dr L. Mańkowski.*

Eichhoff: **Zakażenie szczepienne** (*Deut. med. Wochs.* Nr 34 1908). Autor opisuje przypadek zakażenia się dziecka, cierpiącego na przewlekły wyprysk, jadem szczepionki ospowej za pośrednictwem wspólnej kąpieli ze szczepionem dzieckiem. Zakażenie znamionowało się licznemi krostami szczepiennemi rozsianemi, powiększeniem gruczołów chłonnych, podniesieniem ciepłoty do 40° C. Sprawa po 24 dniach trwania przy leczeniu okładami z octanu glinowego ustąpiła. *Dr Skórczewski.*

L. Sior: **Przyczynek do leczenia krztuśca euchininą.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, kwiecień, 1908). Od czasu wprowadzenia euchininy stosuje ją autor przy leczeniu krztuśca. Przez 2 lata zalecał euchininę w 45 przypadkach, w 39 innych przypadkach podając inne środki. Wyniki były bardzo dobre. Euchinina działa tak samo skutecznie jak inne przetwory chininy, napady kaszlu pod jej wpływem słabną, ilość ich zmniejsza się, wymioty zdarzają się rzadziej, sinica ginie. Długość trwania cierpienia skraca się. Euchinina, stosowana w czopkach, nie wywołuje podrażnienia kiszki stolcowej. Dzieci chore otrzymywały euchininę 2 razy dziennie po tyle dcg. na dawkę, ile dziecko miało lat, lub — młodsze niż rok, — po tyle ctg., ile dziecko miało miesięcy. W czopkach dawki nie zwiększono. Euchininę podawać można przez czas dłuższy bez szkody dla zdrowia. *T. Mogilnicki.*

F. Carles: **Przypadek gruźliczego zapalenia opon z pozornem wyleczeniem lub raczej zwolnieniem, trwającem 11 miesięcy.** (*Archives de méd. des enf.*, Nr 2, 1908).

3-letnia dziewczynka, przyjęta do szpitala z objawami gruźliczego zapalenia opon, które trwały bez poprawy w ciągu miesiąca, zapadła po miesiącu na odrę, nieco później na krztusiec, powikłany nieżytowem zapaleniem płuc. Objawy mózgowe po 3 miesiącach zupełnie ustąpiły; stosowano kilkakrotnie nakłucie lędźwiowe; — płyn, dający początkowo wybitny obraz limfocytozy, po 3 miesiącach zawierał już nieznaczną ilość białych ciałek, po 7 miesiącach był zupełnie prawidłowy; w płucach i gruczołach oskrzelowych zmian żadnych nie wykryto. Odczyn oczny Calmettea był dodatni w 7. miesiącu od początku choroby. W ciągu 11-miesięcznej obserwacyi stwierdzano pomimo zupełnie dobrego stanu dziecka tętno nieodpowiednio częste w stosunku do ciepłoty, oraz pewne zaburzenia nerwowe. Autor sądzi, że w przypadku tym nie nastąpiło trwałe wyleczenie, lecz tylko zwolnienie choroby. Podobny przypadek opisał w r. 1901 (*Archives d. med. des enf.*) Rocaz; zwolnienie trwało w tym przypadku 2 lata, na sekcyi swierdzono gruzełki. *Wacław Jasiński.*

## Neurologia.

G. Marinesco: **Leczenie pląsawicy Sydenhama wstrzykiwaniami siarkanu magnowego do kanału kręgowego** (*Sem. méd.* Nr 47. 1908). W czterech przypadkach ciężkiej pląsawicy wstrzykiwał autor do kanału kręgowego po wypuszczeniu odpowiedniej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego 3—5 cm³ wodnego 25% rozczynu siarkanu magnowego; po jednem, najdalej dwóch wstrzyknięciach ustępowały objawy najcięższej pląsawicy po kilku dniach. Wstrzyknięcia drugiego dokonywał autor po kilku lub kilkunastu dniach, jeśli po pierwszem objawy pląsawicy nie znikały zupełnie. W godzinę lub dwie po wstrzyknięciu ustępowało zwykle rzucanie się chorego, a na drugi dzień czasami nie było żadnego objawu chorobowego. Zdarzało się, że chorzy po wstrzyknięciu narzekali na bole głowy, bole w lędźwiach i nogach, nudności, a dwa razy zjawiła się niewielka gorączka. Wszystkie te powikłania zwykle nazajutrz po wstrzyknięciu znikały. Autor zwraca uwagę, że powikłania te zależą od zanieczyszczenia przetworu, używanego do wstrzykiwań. Jeden z autorów opisuje po takiem wstrzyknięciu bezdech u swego chorego; bezdech ten jednak krótko trwał. Rzadziej zjawiają się powikłania po tych wstrzyknięciach, odkąd autor przed siarkanem magnowym wstrzykuje swym chorym chlorek morfiny (0·01). Autor zamierza w przyszłości wstrzykiwać rozczyn siarkanu magnowego izotoniczny, bo może hypertonia dotąd stosowanych rozczynów jest główną przyczyną powikłań. *Stahr.*

Knauer: **Przełom oczny (Pela) oraz rzadkie zaburzenie czucia w przebiegu wiądu rdzenia** (*Münch. med. Woch.* Nr 37 1908). Przełom oczny (*crisis ophthalmica*), objaw rzadki, najbardziej przypomina obraz, powstający pod wpływem dostania się do oka ciała obcego: silne zaczerwienienie i obrzęk spojówki, światłowstręt, ból dotyczący nietylko gałki ocznej, ale nieraz i okolicy oczodołu na większej przestrzeni. W tym samym przypadku spostrzegał też autor szczególne zachowanie się czucia; chora odczuwała mianowicie ucisk lub szczypanie goleni poniżej rzepki, jedynie jako uczucie zimna. *Dr M. Godlewski.*

## Stosunek psychiatryi do psychologii.

Napisał

**Dr Jan Mazurkiewicz.**

(Dokończenie).

Spróbujmy najpierw badać wzajemny związek pierwiastków kompleksu ABC..., pomijając KLM... — czyli nasze ciało. Każde fizyczne badanie jest właśnie tego rodzaju. Biała kula, uderzająca o dzwon, wywołuje dźwięk. Biała kula staje się żółtą w świetle sodu, czerwoną w świetle litu. Tutaj pierwiastki ABC... zdają się być zależne tylko od siebie, wydają się zaś niezależne od naszego ciała KLM... Ale jeżeli zażyjemy odpowiednią dawkę santoniny, to biała kula stanie się także żółtą. Jeżeli rozstawimy nasze gałki oczne rozbieżnie, to zobaczymy dwie kule, jeżeli zamkniemy oczy zupełnie, to nie widzimy żadnej kuli, jeśli przetniemy nerwy słuchowe, nie słyszymy dźwięku. Zatem pierwiastki ABC... pozostają w związku nietylko ze sobą, ale i z pierwiastkami KLM... W tej mierze, i tylko w tej mierze nazywamy ABC... wrażeniami i uważamy ABC... za przynależne do »Ja«. Pierwiastki są wrażeniami tylko w tej czynnościowej zależności, zaś w innych czynnościowych stosunkach te same pierwiastki są jednocześnie przedmiotami fizycznymi.

Niema zatem żadnej przepaści pomiędzy światem fizycznym, a psychicznym; barwa jest przedmiotem fizycznym, jeśli badamy jej zależność od innych barw, od ciepła, przestrzeni itp., jest zaś przedmiotem psychologicznym, wrażeniem, jeśli badamy jej zależność od siatkówki i układu nerwowego. Różnym zatem w obu dziedzinach jest nie przedmiot, ale kierunek badania.

Wnosząc z badania obcych ciał ludzi lub zwierząt o ich wrażeniach, albo też o wpływie własnego ciała na nasze wrażenia, musimy spostrzeżenia uzupełniać analogią, która jest dla nas łatwiejszą i pewniejszą w dziedzinie fizycznej, niż psychicznej, ale zresztą żadnej istotnej różnicy w obu tych dziedzinach nie wykazuje.

Mach ułatwia zobrazowanie powyższych twierdzeń w następujący sposób. Jeżeli leżę np. na kanapie i zamykam prawe oko, wtedy mojemu lewemu oku przedstawia się taki obraz. W ramce, utworzonej przez brwi, nos i wąs, przedstawia się widzialna część mego ciała i jego otoczenia (np. części podłogi, mojej biblioteki, części okna). Moje ciało różni się od innych ludzkich ciał tem, że każde żywsze wyobrażenie ruchowe zaraz w odpowiedni ruch się zamienia, że dotknięcie jego wywołuje bardziej rażące zmiany, aniżeli dotknięcie innych ciał, a nadto tem, że moje ciało widzę tylko częściowo i w szczególności bez głowy. Jeżeli spostrzegam element A w polu widzenia i badam jego związek z drugim elementem B tego samego pola, to przechodzę z dziedziny fizyki do fizyologii lub psychologii, jeżeli B przechodzi przez moją skórę. — Analogiczne rozważania, jak co do pola widzenia, przeprowadzić można i co do pól projekcyjnych innych zmysłów.

Jak przy badaniu zachowania się gazów dochodzimy przez abstrahowanie od zmian ciepłoty do prawa Mariottea, zaś przez specyalne uwzględnienie zmian ciepłoty do prawa Gay-Lussaca, przyczem przedmiot naszego badania pozostaje zawsze tym samym, tak samo zajmujemy się fizyką w najszerszem tego słowa znaczeniu, dopóki badamy związki w świecie zmysłowym, abstrahując zupełnie od naszego ciała, — zaś zajmujemy się fizyologią zmysłów lub psychologią, jeżeli badamy właśnie nasze ciało i specyalnie nasz układ nerwowy.

Nasze ciało jest częścią świata zmysłowego, jak każde inne ciało, zaś granica pomiędzy ciałem a psychiką jest tylko praktyczna i konwencyonalna. Gatunkowe pojęcia: ciało i psychika, materya i energia, są tylko symbolami, od których nie można więcej oczekiwać, aniżeli od symbolów algebraicznych, w szczególności zaś nie można oczekiwać większego wyjaśnienia i wytłómaczenia, aniżeli od samego doświadczenia. — Zapatrywanie swoje stwierdza Mach szczegółową analizą wrażeń zmysłowych, mianowicie wzrokowych i słuchowych.

Czas i przestrzeń uważa Mach również za nasze wrażenia, i wykazuje, że bieg czasu związany jest z naszą zmysłowością i jest nieodłączny od procesu myślowego, że krótkie ułamki czasu, np. rytm następujących po sobie taktów muzycznych, spostrzegamy bezpośrednio, i tylko dłuższe okresy czasu musimy oceniać już zapomocą wnioskowania, rozkładając je na owe mniejsze, bezpośrednio spostrzegane ułamki. Również przestrzeń uważa Mach za wrażenia, mianowicie wypływające ze sfery ruchowej (przy zmyśle wzroku, przy dotyku, przy zmianie miejsca), a więc należące do wrażeń organicznych. Ale jak w procesach cieplnych nie sądzimy z wrażeń bezpośrednich, tylko zapomocą termometru, tak samo o fizycznym czasie i przestrzeni nie sądzimy z bezpośrednich wrażeń, tylko używamy odpowiednich miar, otrzymanych przez ściślejsze badanie zależności fizycznych.

Mach uważa za rzecz możliwą inwentaryzować wrażenia ilościowo i charakteryzować np. wrażenia optyczne w ten sposób, że wartości charakterystyki ilościowej będą przedstawione jako zależne od przestrzennej i czasowej współrzędnej (koordynaty), zaś pomiędzy sobą przez równania wzoru: $F(A, B, C\ldots) = 0$. Wszelkie pytania, jakie przytem mogą być racyonalnie stawiane i mogą nas interesować, powinny uwzględniać tylko różne zmienne niezależne i różne stosunki zależności. Istota rzeczy, mianowicie stosunki czynnościowe, pozostaną niezmienione bez względu na to, czy my wszystko, co jest dane, uważać będziemy za treść świadomości, czy też częściowo lub całkowicie za przedmiot fizyczny. Biologicznem zadaniem wiedzy jest danie człowiekowi możliwie najdokładniejszej oryentacyi. Inny ideał nauki, zdaniem Macha, nie daje się zrealizować i niema sensu.

* * *

Reasumując powyższe przedstawienie rozwoju zapatrywań psychologicznych, należy stwierdzić, iż najdawniejszym poglądem był ten, który właśnie wywołał opóźnienie przyrodniczego pojmowania chorób umysłowych, mianowicie dualizm, pojmujący ciało i ducha jako kategorye niewspółmierne. Dualizm okazał się nietylko najdawniejszym, ale i najpowszechniejszym i najtrwalszym poglądem psychologicznym, panującym do dnia dzisiejszego wśród szerokich warstw społecznych. Tę swoją trwałość i rozpowszechnienie zawdzięcza pogląd dualistyczny temu, iż jest wynikiem instynktowego u człowieka poczucia odrębności i wyższości jego »Ja« w stosunku do martwego i żyjącego otoczenia, z wyjątkiem bliźnich.

Monizm, zarówno materyalistyczny, jak i spirytualistyczny, jest próbą ratowania jedności przyrody, jest reakcyą przeciwko instynktowemu dualizmowi i ma znaczenie tylko historyczne, gdyż oba monizmy, jako zapatrywania skrajne i niedostatecznie krytyczne, nie odegrały w dziejach psychologii wybitniejszej roli.

Rozwój wiedzy przyrodniczej i lekarskiej, wykazujący zależność zjawisk psychicznych od cielesnych, spowodował powstanie tego poglądu paralelistycznego, który panuje w dzisiejszej psychologii fizyologicznej i doświadczalnej. Wynikiem tego wkroczenia psychologii na tory doświadczalne było zdobycie szeregu cennych faktów naukowych, i większość współczesnych psychiatrów stanęła również na gruncie teoryi paralelistycznej.

Bezpodstawność tej teoryi wykazują w ostatnich dziesiątkach lat Avenarius i Mach, którzy zgodnie dowodzą, że uznawany i przez teoryę paralelistyczną podział zjawisk na psychiczne i cielesne jest wynikiem instynktu, mającym znaczenie praktyczne i konwencyonalne, ale nie mającym podstaw naukowych. W rozumieniu Avenariusa i Macha nauki fizyczne i psychologia zajmują się różnymi stosunkami tego samego przedmiotu, zaś »Ja« jest silniej związaną grupą elementów, które z innemi grupami elementów związane są słabiej. Stąd wynikło konsekwentne odrzucenie uznawanej przez psychologię paralelistyczną introjekcyi, jako hypotezy błędnej, w sposób bezpodstawny wkładającej do mózgu człowieka wrażenia, wyobrażenia itp. Wreszcie trzecim punktem, na którym różnią się zasadniczo poglądy Macha i Avenariusa od poglądów panującej psychologii paralelistycznej, jest oparcie się na doświadczeniu i zepchnięcie do roli podrzędnej introspekcyi, która była punktem wyjścia i podstawą rozumowań psychologów paralelistycznych.

Wszystkie te różnice, które oddalają poglądy Avenariusa i Macha od psychologii paralelistycznej, tem samem zbliżają je do współczesnych zapatrywań przyrodoznawczych, pozbawiając psychologię charakteru metafizycznego i wcielając jej przedmiot do szeregu nauk przyrodniczych.

Rozwój pojęć psychologicznych cechuje się zatem stopniowem, coraz większem oddalaniem się od pierwotnych pojęć geocentrycznych. Jak kula ziemska ze środowiska światów stała się drobną planetą, grającą znikomą rolę wobec wielkości układów słonecznych, tak samo zjawiska świadomości, przeciwstawiane początkowo wszystkim innym zjawiskom przyrodniczym we wszechświecie jako zasadniczo niewspółmierne, ograniczone zostały do znikomej roli jednej z cech fizyologicznych układu ner-

wowego, której zrozumienie utrudniał antropocentryczny instynkt człowieka. —

Bez względu na to, w jakim kierunku rozwijać się będą dalej poglądy psychologiczne, psychiatrya będzie zawsze kroczyła tą drogą, na którą weszła od czasów Esquirola. Psychiatrya będzie zawsze jednakowo badała przyczyny, przebieg i leczenie chorób umysłowych przy pomocy spostrzegania klinicznego, doświadczenia i mikroskopu.

Ale równocześnie trzeba zaznaczyć, że nie jest rzeczą obojętną, czy lekarz-psychiatra posiada takie lub inne poglądy psychologiczne. Te poglądy nie mogą mu przeszkadzać w rzeczowej obserwacyi chorych, ale mogą go sprowadzać na błędne drogi przy tłómaczeniu spostrzeganych faktów za pomocą terminów abstrakcyjnych, wziętych jeszcze z psychologii scholastycznej, a pojmowanych nie równoważnie np. z symbolami algebraicznymi, ale jako czynnik realny, posiadający pewną samodzielność i pewną siłę własną.

Tak np. Ziehen opisuje w swojej psychiatryi manię, melancholię, hypochondryę, jako choroby »afekcyjne«, w których najwybitniejsze pierwotne objawy powstają w »dziedzinie afektów«, zaś inne dziedziny mają ulegać zaburzeniom następczo. Inną znowuż grupę — tępota (*stupiditas*), pomieszanie przewlekłe (*paranoia chronica*) — nazywa Ziehen chorobami intelektualnemi, których główne objawy pierwotne mają powstawać w dziedzinie intelektualnej, zaś w innych dziedzinach następczo. Również przy natręctwie myślowem pierwotnie mają występować wyobrażenia natrętne, a potem dopiero niepokój.

Jak dalece tłómaczenia takie są dowolne, o tem świadczy to, że inni autorowie dowodzą tezy wprost przeciwnej, np. iż w pomieszaniu przewlekłem (*paranoia chronica*) albo w natręctwie myślowem pierwotne są zaburzenia afekcyjne, zaś wtórne są zaburzenia intelektualne. Wobec nieistnienia w mózgu specyalnego siedliska afektów, odrębnego od siedliska inteligencyi lub woli, jasną jest rzeczą, że zarówno twierdzenie Ziehena, jak i wręcz odwrotne jego przeciwników, jest jednakowo bezpodstawne i błędne.

Nawet ci psychiatrzy, którzy postępują ostrożniej z abstrakcyami symbolicznemi, oznaczającemi pewne stany psychiczne i w wywodach swoich opierają się przedewszystkiem na faktach klinicznych, przy poszczególnych tłómaczeniach jednak idą w utarte ślady dawniejszej psychologii. I tak np. Hoche mówi o »wpływie afektów na pojmowanie zewnętrznych zdarzeń«, jak gdyby uznawał ten wpływ za rzecz stwierdzoną i nawet nie przypuszczał, że ta sama realna przyczyna, która wywołuje afekt, może równocześnie i współrzędnie wywoływać gorsze pojmowanie zdarzeń; albo o braku »wewnętrznej równowagi« u zwyrodniałych, jakkolwiek jestto również dobrze brak »zewnętrznej« równowagi w stosunku danego osobnika do otoczenia.

Dalszym przykładem może być hypoteza Wernickego o »ideach nadwartościowych«. Wernicke twierdzi, iż od prawidłowego biegu świadomości wymagamy, aby wartościowość wyobrażeń była normalną, i uważa, że »pojęcia« honoru, wstydliwości, czystości i t. p. są kierowniczymi motywami dla postępowania osób społecznie myślących. Wychodząc z tego założenia, przyjmuje Wernicke istnienie idei nadwartościowych zarówno jeszcze w granicach zdrowia psychicznego, jak i w dziedzinie chorób umysłowych. Pokrewne rozważania doprowadziły Liepmanna w broszurze »Uber Ideenflucht« do wniosku, że gonitwa myślowa różni się od prawidłowego biegu myśli przedewszystkiem brakiem kierowniczych »nadwyobrażeń«.

Gdyby obaj ci autorowie, którym psychiatrya zawdzięcza zresztą wiele cennych i faktycznych zdobyczy, stali na stanowisku Avenariusa i Macha, mianowicie uważali wyobrażenia tylko za symbole, to nie mogliby przypisywać im nietylko siły kierowniczej lub nadwartościowej, ale wogóle żadnej siły, tak samo, jak jej przypisywać nie możemy symbolom matematycznym albo literom alfabetu. Gdyby Wernicke i Liepmann w ten sposób byli zmuszeni do uznania zawsze jednakiej wartości samych wyobrażeń, w takim razie tłómaczenia niejednakowej ich oceny przez różnych ludzi poszukiwaćby musieli nie w sferze abstrakcyi pojęciowych, ale w sferze tych realnych czynników, które kształtują stosunek danego osobnika do otoczenia, a zatem we wpływach dziedzicznych i osobniczych, jak przebyte choroby, zatrucia i t. p., które działały na układ nerwowy danego osobnika, i w takich wpływach otoczenia, jak szkoła, wychowanie i t. d.

Szereg przykładów, świadczących o tem, że wymienione na początku tego odczytu mniemanie wielu o poniekąd metafizycznym charakterze psychiatryi w pewnej mierze jest istotnie do dnia dzisiejszego uzasadnione, możnaby jeszcze znacznie przedłużyć. Treść podręczników dzisiejszej psychiatryi, nie wyłączając bynajmniej najbardziej rozpowszechnionych, jak np. Krapelina, zawiera jeszcze dużo metafizycznych naleciałości z dawniejszej psychologii scholastycznej. Ale przedmiot, którym się zajmują psychiatrzy w swych klinikach i zakładach, mianowicie chorzy i ich zboczenia, ten przedmiot nie posiada charakteru metafizycznego w najmniejszym nawet stopniu i badanie jego kliniczne i anatomiczne dało w stosunkowo krótkim czasie również długi szereg faktów, będących pozytywnemi zdobyczami nauki.

Należy wyrazić nadzieję, że rozbieżność kierunków, w jakich rozwijała się psychiatrya z jednej, a panująca psychologia z drugiej strony, ustanie, jeżeli dalszy rozwój psychologii pójdzie drogą przyrodniczą. — Niejednemu pogląd ten może wydać się ciasnym i obniżającym stanowisko człowieka w przyrodzie do poziomu żyjącego mechanizmu. Godzą się z nim już jednak umysły filozoficzne, jak Avenariusa, ściśle przyrodnicze, jak Macha, genialnie poetyckie, jak Wyspiańskiego, który w »Wyzwoleniu« mówi o »prawie ciążenia myśli« i o tem, że »jak jest matematyka i statyka obrotów i pędu światów, a więc i naszego, tak jest matematyka i statyka myśli«.

Na tem stanowisku — pomimo pewnych niekonsekwencyi tu i ówdzie — stoi i współczesna psychiatrya. Kiedy pogląd ten w całej jego rozciągłości przyswoi sobie także i psychologia współczesna, wtedy dopiero jej stosunek do psychiatryi będzie takim, jakim z istoty rzeczy być powinien i jakim jest stosunek każdej fizyologii do patologii. Psychologia przestanie być uciążliwem obarczeniem dziedzicznem dla psychiatryi, a stanie się jej integralnym i niezbędnym składnikiem.

---

## Z wycieczki do uzdrowisk południowych.

II.

Prześliczną drogę z Dubrownika (Raguzy) do Kotoru (Cattaro), wzdłuż malowniczego wybrzeża Dalmacyi, przebyliśmy niestety w nocy. Zaledwie się jednak rozwidniło, uprzejmy kapitan okrętu polecił nas wszystkich obudzić dzwonem alarmowym, abyśmy mogli widzieć wspaniały wjazd do zatoki kotorskiej. To też wkrótce zaroił się pokład chciwymi wrażeń, tembardziej, że morze spokojne, jak jezioro, pozwoliło dobrze wypocząć po nieco burzliwej przeprawie do Dubrownika. Objeżdżaliśmy właśnie słynne »Punta d'Ostro«, skąd dawniej posyłano kule nie chcącym się legitymować okrętom, a dziś mieszkańcy latarni morskiej i zakładu meteorologicznego witają powiewaniem chustek wjeżdżające do zatoki statki. Przed nami rozlewa się wspaniale »Bocche di Cattaro«, wrzynając się na kształt fiordu na 29 kilometrów w głąb lądu; składa się z kilku olbrzymich basenów, jakby jezior, połączonych między sobą tylko wązkimi przesmykami. Wybrzeża skaliste, dzikie, w dole pokryte wiecznie zieloną, bujną roślinnością, po szczytach zaludnione przez fantazyę ludową nadludzkiemi postaciami, leśnemi boginkami, vilami, dziwożonami i t. d., wznoszą się wysoko nad poziom morza, osłaniając znakomicie całą zatokę od burzliwych wiatrów. Pomiędzy palmami, cyprysami, kaktusami, ergawanami kryją się białe w południowem słońcu, czyste i wesołe wioski, których lud, w tym kraju krwawych dziejów i homerowskich iście bojów, rosły, o odważnem sercu i śmiałem obliczu, nawykły do wolności, myśli o niej bezustannie i chętnie ucieka w góry przed branką austryacką. Przewagę stanowią prawosławni Serbowie, nawykli od dzieciństwa do wiosła i broni, nieustraszeni żeglarze i nieustraszeni niegdyś bojownicy. Często, gdy ludność męska bawiła na dalekiej żeglarskiej wyprawie, kobiety i starcy chwytali za broń i z poza do dziś, jak fortece, wyglądających domów, bronili się skutecznie przeciw niedawnym jeszcze (150 lat temu) napadom korsarskim. Dotychczas przechowuje się tu jeszcze »pobratymstwo«, a także podobno w niedostępnych górach Krywoszy »vendetta«. »Tko se ne osveti, taj se ne posveti«, kto się nie mści, nie będzie zbawiony, tak brzmi stare przysłowie Kotorczyków. I dziś ta zatoka, otoczona zewsząd, po górach, silnymi fortami, tworzy jeden z najlepszych portów wojennych, w którym prawie stale stoją duże krążowniki austryackie.

Statek, przebywszy drugi rozległy basen »baja di Teodo«, którego pobrzeże jest podobno najżyźniejsze w całym kraju, zwraca się ku północy i przez wązką cieśninę »Catane«, ongiś podobno zamykaną łańcuchami, wjeżdża majestatycznie, wśród jęku syreny dla wywołania echa, do właściwej zatoki kotorskiej. »Bóg, po stworzeniu ziemi, unosił się nad nią z workiem zby-

tecznych kamieni. Szatan to spostrzegł, rozdarł worek, kamienie, spadłszy na ziemię, utworzyły zatokę kotorską«. Tak mówi stare podanie ludowe. Cała zatoka, otoczona wysokimi do 1800 m. górami, otwarta tylko na południe wązką cieśniną, tworzy widok, nie dający się z niczem porównać. Jedno z najsilniejszych wrażeń z całej podróży, a było ich wiele, to ta cicha, »bajecznie kolorowa« zatoka, otoczona pionowemi skałami, zmieniającemi co chwila barwę w miarę kierunku promieni słońca. Coś niby nasze Morskie Oko, lub raczej Czarny Staw, tylko wszystko większe, rozleglejsze i.... cieplejsze. Bo chociaż to połowa listopada, u nas podobno mrozy, tu ciepło, słonecznie, pogodnie, jak w ciepły letni poranek. Klimat Kotoru niewiele się różni od klimatu Ajaccio na Korsyce. I nic dziwnego. Otoczone zewsząd wysokiemi górami, znakomicie osłonione od wiatrów lądowych i morskich, a nagrzane wspaniałem słońcem południa, mogłoby Cattaro znakomicie służyć jako uzdrowisko, lepiej z pewnością od Abacyi, w której tak często wiejąca bora uniemożliwia nieraz pobyt. Brak tu niestety kolei i brak hoteli międzynarodowych, a zresztą miasto czyste, wesołe i.... tanie. Trudno mi opisywać mnóstwo starych zabytków, świadczących o krwawych bojach i dziwnych kolejach, jakie te miejsca przebywały. Brak miejsca nie pozwala mi również opisać wspaniałej, kutej w prawie pionowej skale drogi, wiodącej do granicy Czarnogóry i jej stolicy Cetinje. Dziś tu znów groźne chmury gromadzą się na szczytach gór, widać białe fezy i drogi, przez wojsko strzeżone, a w czasie naszego pobytu opowiadano powszechnie o ukrytych w górach armatach Czarnogórców. Czasy się jednak uspokoją, a wtedy nasza publiczność powinna tutaj szukać zdrowia i wypoczynku, bo tak Dubrownik, jak i Kotor, jak wreszcie i mnóstwo wysepek, rozsianych wzdłuż całego wybrzeża dalmatyńskiego, ani co do piękności, ani klimatu nie ustępują francuskiej, lub włoskiej Rivierze, a będąc tutaj, ma się tę korzyść, że jest się między narodem pobratymczym.

Korfu, jedna z najpiękniejszych wysp archipelagu jońskiego, słynna z pięknego Achillejonu, niegdyś ulubionego zamku cesarzowej Elżbiety, leży pod 40° południowej szerokości. To też roślinność tu prawie tropikalna. Kaktusy, aloesy, drzewa migdałowe, figowe, daktyle, oliwki, banany tworzą tu całe gaje. Widzieliśmy tu róże i powoje kwitnące, pomarańcze, obsypane złotym owocem, a chociaż to listopad, ciepło, że wieczorem chodzi się bez okrycia. Śniegu tutaj nie znają, zaledwie go widzą zdala na szczytach gór albańskich. W najsroższe zimy (1855 r.) ciepłota schodzi zaledwie do 2·6° poniżej zera. Średnia ciepłota roczna wynosi 17·7° C., jest więc wyższa, niż możnaby się spodziewać po szerokości geograficznej. W styczniu, najzimniejszym miesiącu, wynosi ciepłota średnia 10·3°., w sierpniu 26·0° C. W czasie jedenastoletniego spostrzegania ani razu nie zauważono ciepłoty poniżej zera, gdy równocześnie w Patras, Atenach, Smyrnie schodziła ona do — 7°! Jest więc to typowy klimat morski z małemi różnicami lata i zimy, któryby można porównać z klimatem Madery. Kurzu, tak dokuczliwego w Nicei, nie ma.

Przybywa tu jeszcze niewielu chorych; najczęściej zatrzymują się tutaj przejściowo w powrocie z Kairo. Powodem tego małego ruchu chorych jest może przesadna obawa przed morzem, gdyż najbliższym portem jest o 9 godzin jazdy odległe Brindisi. Z Tryestu jedzie się 40 godzin.

Natomiast przybywa tu wielu turystów dla znakomitych polowań w niedalekich górach albańskich, dla sportu okrętowego i rybołóstwa. Jest tu znakomicie urządzony hotel (d'Angleterre), obok tego mnóstwo willi za miastem do wynajęcia. Miasto Korfu czyste, jasne i wesołe, ma własny wodociąg.

Wśród ludności tutejszej panuje gruźlica i to w dość znacznym stopniu. Zimnica w dalszych częściach wyspy często się pojawia, w mieście Korfu natomiast prawie nieznana. Dur tutaj nieznany, płonica pojawia się wyjątkowo.

Lekarze tutejsi przygotowali nam miłą niespodziankę, powitawszy nas bowiem zaraz po przybyciu na okręcie, zaprosili na bal, na naszą cześć wydany, w salach kasyna miejskiego, gdzie mieliśmy sposobność poznać tutejszą inteligencyę. Na drugi dzień byliśmy obecni na uroczystej procesyi św. Spirydiona, patrona wyspy, gdzie nasze panie zachwycały się barwnymi i bogatymi strojami tutejszego ludu. Zwiedzaliśmy Achillejon, terasę, zwaną Canona, z wspaniałym widokiem na morze i wyspę Ulissesa, skromny pałacyk królewski »Mon repos« z pięknym ogrodem i inne osobliwości miasta. Z żalem opuszczaliśmy piękną wyspę, tembardziej, że czekała nas długa, bo 36 godzin trwająca przeprawa na Maltę.

*Dr St. Lewicki.*

## Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

**Badania bakteryologiczne w celach rozpoznawczych** zarządzane były w Galicyi z urzędu dotychczas tylko w czasie cholery. Obecnie zarządziło Namiestnictwo na podstawie upoważnienia ministerstwa spraw wewn., że lekarze urzędowi i lekarze prywatni, delegowani do zwalczania epidemii, mogą celem ustalenia rozpoznania przesyłać próbki do badania bakteryologicznego na koszt rządu do zakładu higieny uniw. we Lwowie (Piekarska 52) bez względu na rodzaj choroby zakaźnej (Kur. lw. 575).

**Do ogólnego obrotu w aptekach** dopuściło austr. ministerstwo spraw wewn. przetwory apt. Jahra z Krakowa: *Pillulae solventes comp.* i (tylko na przepis lekarski) *Syrupus valeriano-bromatus comp.* (Tyg. lek. 50).

**Strejk lekarzy.** Pod tym tytułem ogłosił Prof. Dr Maks Flesch uwagi w piśmie niemieckiem, wychodzącem w Frankfurcie n. M., »Das freie Wort« (numer grudniowy 1908) na temat, czy lekarze mają prawo do strejkowania. Na pierwszy rzut oka, — powiada autor, — wydawałoby się, że nie można lekarzom odmówić tego prawa, zważywszy, że lekarzy ustawodawstwo poddaje przepisom przemysłowym. A przecież nie można patrzeć na lekarza z tego samego punktu widzenia, co na robotnika najemnego. Bo nim ślusarz — tak wywodzi autor — zostanie dziennie zarabiającym robotnikiem, to utrzymuje się z prywatnych funduszów, a obowiązki ma wyłącznie wobec swych nauczycieli. Tymczasem na kształcenie lekarza łoży państwo. Mniej łoży państwo na wykształcenie sędziów, nauczycieli, swych urzędników administracyjnych, a jednak nie przyznaje im prawa do strejku. Najwięcej państwo wydaje na wydziały lekarskie. Materyał kliniczny, chorzy, na których się uczy adept sztuki lekarskiej, to obywatele państwa, z lekarzem równouprawnieni. Autor podnosi, że państwo zabrania strejkowania w takich instytucyach, jak poczta i koleje, bo strejk w tych gałęziach pracy ludzkiej naraża na ciężki szwank całe społeczeństwo. A przecie szkody społeczne, wyniknąć mogące z strejku lekarzy, mogą być stokroć większe. Rozumowaniu temu mógłby ktoś zarzucić, zdaniem autora, tylko to, że inna rzecz lekarz, a inna urzędnik, bo urzędnikowi dekret nominacyjny zapewnia byt. Z tegoby, wedle autora, wynikało tylko to, że należałoby lekarzom, równie jak urzędnikom zapewnić byt, a nie, że lekarzowi wolno strejkować. Autor zarzuca też stanowi lekarskiemu, że domaga się dla siebie wyjątkowych praw, bo z jednej strony prawa do strejku, a z drugiej wzbronienia partaczom lekarskim wykonywania praktyki lekarskiej. — Zdaniem naszem błędne są zapatrywania Prof. Flescha (prawdopodobnie nie lekarza), bo zarówno jak ślusarz, tak i słuchacz medycyny utrzymuje się w czasie drogich studyów, w czasie których już naraża swe zdrowie i życie, tylko z prywatnych swych funduszów, z tą wielką różnicą, że wydaje stokroć więcej, niż ślusarz, że zanim zacznie studyować medycynę, musi ukończyć gimnazyum, co mu zabiera osiem lat życia i że najmniej sześć lat musi spędzić na uniwersytecie, nim przy wysilonej pracy uzyska doktorat; natomiast rzemieślnik terminuje przez 3—4 lat najwyżej i często już w terminie zarabia. Dobry rzemieślnik zawsze dziś znajdzie zajęcie, a dobry lekarz z doktoratem w kieszeni dopiero nie wie, co z sobą począć. Gołosłowne jest także twierdzenie autora, że najwięcej łoży państwo na studya lekarskie. Równie dużo łoży i na studya techniczne, agronomiczne lub weterynaryjne, a nikt technikom, weterynarzom lub agronomom nie odmawia prawa do strejku. Prawda, że państwo zabrania strejkować kolejarzom, pocztarzom, sędziom i t. d., ale czyż którykolwiek z tych zawodów, przyciśnięty nędzą, mimo to nie chwyta się strejku w ostateczności? Prawa nikt nie daje, prawo trzeba uzyskać. Otóż i lekarze, zmuszeni do strejku, będą strejkowali, a prawo do strejkowania uzyskają, jeśli będą mieli po temu siłę, jeśli będą zorganizowani. W Niemczech tworzą lekarze zwartą i mocną organizacyę i obecnie szykują się do walki z kasami chorych w Kolonii i oto dlaczego zaczynają się niektórzy publicyści niemieccy interesować pytaniem, czy lekarze mają prawo do strejku, czy nie. Przy układaniu ustaw o kasach chorych, które całym ciężarem oparły się na barkach lekarzy, nikt się na nich nie oglądał, ani ich o zdanie nie pytał, dopiero dziś zaczyna się społeczeństwo liczyć z lekarzami, kiedy w obronie zagrożonych swych interesów utworzyli silną i pewną siebie organizacyę.

*Stahr.*

**Lekarze fabryczni** są zdaniem pisma »Życie robotnicze« »grozą, wiszącą nad robotnikiem polskim«, na równi z majstrem; od wyniku badania przez lekarza fabrycznego zależy bowiem przyjęcie do pracy; następnie, nad stanem robotnika rozciągnięta jest nieustająca czujność i przy najmniejszem uszkodzeniu, często dla niego samego niedostrzegalnem, następuje wydalenie pod pozorem braku pracy. Zaradzić temu mogą, zdaniem »Życia robotn.« tylko związki zawodowe; »lekarze związkowi kontrolowaliby fabrycznych, powstrzymując tym sposobem od zbytniej względności dla interesów fabrykanta«. Tych kilka zdań, przytoczonych przez »Kulturę polską« (Nr 12) jest smutną ilustracyą pojęć, jakie widocznie w oświeceńszych nawet kołach robotniczych panują o lekarzach, ich roli w społeczeństwie i humanitarnych zadaniach naszego zawodu, a zarazem uzasadniają naocznie słuszność uwag, wypowiadanych w sprawie pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych przez koła, zajmujące się w Królestwie medycyną społeczną. Dziwna rzecz tylko, że »Kultura polska« nie zaopatrzyła swego przytoczenia w żaden komentarz. *R.*

**Biura porady dla matek i »Kropla mleka«** wpłynęły we Francyi wybitnie na zmniejszenie się śmiertelności wśród niemowląt, jak dowodzą dane przedstawione przez Quesseta Akademii lekarskiej w Paryżu (8 XII, 1908). I tak n. p. od założenia biur spadła śmiertelność niemowląt w Saint-Pol-sur-Mer z 288‰ na 184, w Tourcoing ze 177 na 122, w Avesnes z 207 na 117, w Saumur ze 157 na 99 i t. d. *R.*

**Ćwiczenia wojskowe lekarzy kąpielowych.** Związek austr. Izb lekarskich uchwalił na wniosek czeskiej Izby lekarskiej zwrócić się z prośbą do rządu, by nie powoływał lekarzy kąpielowych na ćwiczenia w sezonie kąpielowym. Lekarze ci narażeni są przez to na wielkie szkody i kłopoty, a uzyskanie odroczenia terminu ćwiczeń bywa bardzo trudne. Izby powołują się w swej prośbie na to, że innym zawodom, jak gospodarzom rolnym, przyznano podobne ulgi ze względów ekonomicznych. *Stahr.*

**Związek państwowy austryackich organizacyi lekarskich** odbył nadzwyczajne Zgromadzenie delegatów w dniu 29. i 30. listopada b. r. w lokalu wiedeńskiej Izby lek. pod przewodnictwem wiceprezesa Dra Grussa. Ze względu na doniosłość obrad, których głównym przedmiotem była nowa ustawa o ubezpieczeniu społecznem, wysłały swych przedstawicieli prawie wszystkie organizacye lekarskie. Ku ogólnemu zadowoleniu przybyli też dwaj oficyalni przedstawiciele lekarzy czeskich, złączonych obecnie w silną organizacyę, a pierwszy raz wzięli udział w zgromadzeniu także lekarze polscy przez swego przedstawiciela, prezesa »Związku lekarzy«, Radcę Dworu Prof. Wicherkiewicza, który jako umyślnie zaproszony gość brał udział w zgromadzeniu.

Mamy nadzieję, że na najbliższe Walne Zgromadzenie Związku państwowego wyszlemy już w zastępstwie nie gościa, ale delegatów, bo wierzymy, że organizacya nasza pójdzie prędko naprzód. Przystąpienie zaś nasze do centralnego Związku nie będzie połączone dla naszej młodej organizacyi z żadnymi nadzwyczajnymi ciężarami. Związek nasz krajowy będzie opłacał po 2 korony rocznie od każdego swego członka do kasy Związku państwowego. Wydatek zatem drobny, a korzyści będziemy mieli olbrzymie, bo każdy z kolegów przyzna, że czego dokonać zdołamy przy pomocy organizacyi państwowej, tego nie uzyszczemy tak łatwo, jako organizacya krajowa. A więc jeszcze raz wzywamy usilnie kolegów, aby w dobrze zrozumianym własnym interesie corychlej zobowiązania podpisywali i do Wydziału Związku krajowego (dawnej »Samopomocy«) odsyłali. Wszyscy koledzy w całem państwie stanęli już w szeregu i idą zwartą ławą, ramię przy ramieniu, Czech obok Niemca, rzuciwszy w walce o byt na bok swary narodowościowe; nas jeszcze brakuje i przykro uderzać musi obcych, patrzących na zorganizowane szeregi, nasza nieobecność. Tylko z tej przyczyny, że nie mamy dotąd silnej organizacyi, mogło się zdarzyć, iż się znalazł kolega (?), który mimo ostrzeżenia Izby przyjął obecnie posadę lekarza kolejowego. *Hodie mihi, cras tibi!*

Jako referent nowej ustawy o ubezpieczeniu przemawiał na zgromadzeniu Dr Pick. Referat jego uchwaliło zgromadzenie wydrukować i rozesłać kolegom, by się zapoznali gruntownie z tą tak blizko ogół nasz obchodzącą sprawą. Dr Rothenspieler mówił o ustawie o chorobach zakaźnych, wniesionej przez rząd do Izby panów i na różne jej wady zwrócił uwagę obecnych posłów, kolegów Dra Kindermanna i Dra Michla. Związek państwowy domaga się, by państwo było obowiązane do zaopatrzenia rodziny każdego lekarza, któryby zmarł z zakażenia, zmuszony leczyć którąkolwiek z chorób zakaźnych, podlegających obowiązkowi donoszenia. Zgromadzenie delegatów rozstrząsało szczegółowo sprawę bojkotu i zgodziło się na uchwały wiecu Izb lek. w Pradze. Autonomia poszczególnych organizacyi co do ogłaszania bojkotu została o tyle ograniczoną, że tylko te bojkoty mają obowiązywać nadal wszystkie organizacye, które Prezydyum Związku państwowego przyjmie do wiadomości i zatwierdzi. Dopóki dana organizacya nie uzyska aprobaty Prezydyum Związku na bojkot, dopóty może ogłaszać tylko ostrzeżenia, przyczem równocześnie powinno być zaznaczone, że się do Prezydyum o uznanie bojkotu odniesiono. Wszystkie ostrzeżenia należy przesyłać Prezydyum Związku państwowego, któremu równocześnie polecono postarać się o to, by w pismach zawodowych były odtąd pomieszczane tablice z nagłówkiem »Cavete« na wzór tablic, ogłaszanych przez Związek lipski. Uchwalono dalej stworzenie funduszu im. Dra Fryderyka Janeczka, przedwcześnie zgasłego pierwszego organizatora lekarzy austryackich. Odsetki z tego funduszu pobierać będą dzieci zmarłego Dra Janeczka aż do swej pełnoletności, a później służyć mają na wsparcia dla owych lekarzy i ich rodzin, którzy się szczególnie zasłużyli około dobra ogółu lekarzy. Z nowych wyborów wyszło następujące Prezydyum: Dr Adolf Gruss z Wiednia, przewodniczący, Dr Roderyk Koralewski z Hennersdorfu, I. wiceprezydent, Dr Ludwik Skorscheban z Wiednia, II. wiceprezydent. — Jak więc widzimy, Związek centralny pracuje z wytężeniem, troskliwie zabiegając, by uzyskać jak najwięcej korzyści dla ogółu. Pamiętajmy, że w jedności siła! *Stahr.*

---

**Stan epidemii w Galicyi.** W czasie od 6. do 12. XII. b. r. doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 16), Brody (Gaje ad Dubie 6), Brzeżany (Chorobrów 3), Buczacz (Bertniki 3), Jaworów (Kobylnica ruska 1), Lisko (Lutowiska 1, zachorował lekarz okręgowy Dr Rawski, delegowany jako lekarz epidemiczny do zwalczania duru plamistego w Smolniku), Peczeniżyn (Kosmacz 2), Stryj (Koziowa 1), Zborów (Daniłowce 9). *Dr T.*

**Z ruchu ludności w Krakowie.** Od 6. do 12. XII. 1908 urodziło się dzieci żywo 48, nieżywo 1; zmarło osób 57 (w tem obcych 24), z nich z gruźlicy 9 (4), zapalenia płuc 9 (1), błonicy 3 (2), płonicy 1 (—), odry 1 (—), duru brzusznego 2 (1). *S.*

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 6. do 12. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 3 (w tem obcych 4 † 2), krztuśca 3, płonicy 4 † 1 (1 † —), odry 69 † 1 (3 † —), duru brzusznego 4 † 2 (3 † 1). *Dr Sch.*

**Choroby zakaźne we Lwowie.** Od 6. do 12. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 4 † —), krztuśca —, płonicy 43 † 1 (2 † —), odry 2 (1), duru brzusznego 1 † 1 (1 † —), czerwonki —, gorączki połogowej 1 † 1. *Dr Legeżyński.*

**Cholera w Rosyi.** Od 9. do 15. XI. b. r. zaszło w całej Rosyi według danych urzędowych nowych przypadków 217 († 90). Od początku epidemii do 15. XI. chorowało na cholerę w całej Rosyi 17,731 osób, zmarło 8,288. *R.*

---

## † Dr Józef Barzycki.

Wspomnienie pośmiertne.

Ś. p. Dr Józef Barzycki urodził się w Krakowie w r. 1841 dnia 14. kwietnia. Ojciec jego służył w milicyi Wolnego Miasta. Szkoły i uniwersytet ukończył ś. p. Józef Barzycki w mieście rodzinnem, a dyplom doktora medycyny otrzymał d. 21. czerwca 1866. Przez dwa następne lata był sekundaryuszem w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, a w r. 1866 wstąpił do służby rządowej i jako lekarz powiatowy został przeniesiony do Bohorodczan, gdzie pozostawał przez 3 lata, następnie do Zbaraża, gdzie pracował przez lat 7, a wreszcie w r. 1878 do Rzeszowa. Tu działał na stanowisku lekarza powiatowego aż do r. 1896, w którym przeniesiony został jako krajowy inspektor sanitarny do Namiestnictwa we Lwowie. W r. 1907 przeszedł na emeryturę z tytułem radcy rządu i przeniósł się na stałe do Rzeszowa. Nie spoczął jednakowoż, ale poświęcił się balneologii i z ramienia Akademii Umiejętności objął obowiązki lekarza zdrojowego w Szczawnicy, które ku pożytkowi tego zdrojowiska przez dwa sezony pełnił. W dniu 9. grudnia r. b. nagła śmierć przecięła pasmo spracowanego w służbie publicznej żywota.

W ciągu długoletniej, bardzo gorliwej i niezmiernie su-

miennej służby położył ś. p. Barzycki niespożyte zasługi dla społeczeństwa na polu zdrowia publicznego, przedewszystkiem w tłumieniu morderczych epidemii, a szczególnie duru plamistego, brzusznego i cholery. Za skuteczne stłumienie grożącej całemu państwu cholery został w r. 1896 w uznaniu niezwykłych zasług odznaczony orderem kawalerskim Franciszka Józefa. W czasie pełnienia obowiązków lekarza epidemicznego zaraził się ś. p. Barzycki dwukrotnie ciężkim durem plamistym i brzusznym i ledwie z życiem uszedł. Obie te choroby ciężko zaważyły w stanie jego zdrowia i pozostawiły stałą szczerbę w jego ustroju.

Oprócz zajęć zawodowych i opracowania wielu sprawozdań sanitarnych, które władzom przedkładał, pracował ś. p. Barzycki na polu naszego piśmiennictwa. Napisał kilka rozpraw z zakresu higieny publicznej i epidemiologii, które wychodziły jużto jego własnym nakładem w osobnych broszurach, jużto były drukowane w czasopismach zawodowych lekarskich. Do ważniejszych należą: 1) Szkice statystyczne śmiertelności w Austryi za lata 1875 do 1886. Rzeszów, 1886. 2) O pielęgnowaniu zdrowia dla użytku ludu wiejskiego (Wydawnictwo Towarzystwa opieki zdrowia). Kraków, 1892. 3) Woda do picia i użytku domowego w Galicyi i w W. Księstwie Krakowskiem. Lwów, 1907. 4) Kilka uwag o epidemii duru plamistego w Galicyi. Lwów, 1904. 5) Pouczenie o postępowaniu podczas panującej cholery. — Wadowice. 6) W czasie urzędowania swego we Lwowie wydał obszerne dzieło pod tytułem: »Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych«, w 3 tomach, z których 2 pierwsze opracował wspólnie z inspektorem sanitarnym Drem Zdzisławem Lachowiczem i sekretarzem Namiestnictwa p. Kruszyńskim, a trzeci tom opracował i wydał sam.

Był nadto czynnym członkiem wielu Towarzystw lekarskich, tak naukowych, jakoteż humanitarnych, a wszędzie wkładał niestrudzoną, a skuteczną pracę i gorliwy udział.

Jako lekarz i urzędnik był wzorem sumienności w pełnieniu swoich obowiązków i świecił przykładem dla młodszych kolegów, dla których był chętnym i skorym doradcą, przyjacielem i wielce wyrozumiałym przełożonym. Jego doświadczone zdanie i rozległa wiedza zdobyły mu zasłużoną opinię znakomitego lekarza higienisty; to też władze powierzały mu nadzorowanie najważniejszych i najbardziej zagrożonych przez epidemie posterunków.

Rozległa jego czynność w czasie wizytacyi sanitarnych wprowadzała go w styczność prawie ze wszystkimi lekarzami Galicyi. Szeroko i daleko wśród rzeszy lekarskiej zyskał sobie ś. p. Barzycki szczerą i niekłamaną przyjaźń, a śmierć jego wywołała powszechny żal. Uczynność jego i współczucie dla ciężkiej doli wdów i sierót po lekarzach upamiętnili przed kilku laty koledzy przez utworzenie fundacyi Jego imienia w Towarzystwie lekarzy galicyjskich, mającej za zadanie udzielać wsparcia w chwilach niedostatku wdowom i sierotom po lekarzach powiatowych. Fundacya ta przybiera obecnie ze śmiercią Jego rozmiary poważnej instytucyi, albowiem na powiększenie tej fundacyi zapisał ś. p. Barzycki testamentem większą połowę swego majątku, jaki ciężką pracą i oszczędnością uzbierał. Znaczne też legaty przekazał instytucyom humanitarnym, jak Zakładowi brata Alberta, szpitalowi Bonifratrów i Zakładowi dla sierot F. Żurowskiej w Krakowie. Współczucie dla doli bliźnich i miłosierdzie Jego otwierało szczodrą Jego rękę zawsze i wszędzie, gdzie widział tego potrzebę. To też łzy, które otarł, oby Bóg policzył mu w księdze żywota, a ludzie zachowali wdzięczne Jego imienia wspomnienie. Cześć Jego pamięci!

Rzeszów, 14. grudnia 1908. *Dr Jan Danielski.*

## Wiadomości bieżące.

Z Nowym Rokiem 1909 następuje połączenie »Czasopisma lekarskiego« łódzkiego z »Przeglądem lekarskim«.

W nowych ramach zachowa »Czasopismo« swą odrębność. W Łodzi działać będzie dotychczasowe grono wydawnicze, jako podkomitet redakcyjny, pod przewodnictwem dotychczasowego redaktora, Dra S. Sterlinga.

Połączenie, dokonane w imię dobra czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego wogóle, jest wypełnieniem życzeń, wyrażonych w tym względzie przez X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

**Kraków.** Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 16. XII. doroczne posiedzenie wyborcze. Wybrani zostali na rok: prezesem Prof. Dr Dobrowolski, wiceprezesem Doc. Dr Mięsowicz, sekretarzem dorocznym Dr Morawski, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« Prof. Dr Ciechanowski; na trzy lata: sekretarzem stałym Prof. Dr Bochenek, bibliotekarzem Dr Blassberg; na dwa lata (do końca kadencyi) skarbnikiem Dr Akerman. Do komisyi redakcyjnej weszli: Prof. Krzyształowicz, Prof. Lewkowicz, Doc. Rutkowski, Dr Wojciechowski; do komisyi kontrolującej: Dr Bielański i Dr Cercha; delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrani: Prof. Dr Bylicki i Dr J. Łuszczkiewicz, a na Walne Zgromadzenie tego Towarzystwa Prof. Ciechanowski i Prof. Kostanecki, zastępcą Prof. Dobrowolski. — Prof. Ciechanowski zawiadomił zebranych o połączeniu »Czasopisma lekarskiego« z »Przeglądem lekarskim«. Wiadomość tę powitano żywym oklaskiem.

— Kliniki krakowskie, pozyskawszy w ostatnich latach nowe budynki i większą liczbę łóżek, nie otrzymały jednak równocześnie odpowiedniego zwiększenia dotacyi administracyjnej. To było głównym powodem, że kliniki walczyły ciągle z trudnościami, a administracya klinik, prowadzona od lat kilku bezpośrednio przez rząd, jako osobny oddział starostwa krakowskiego, nie mogła uniknąć niedoborów; kilkakrotnie trzeba było nawet kliniki przedwcześnie zamykać lub zmniejszać liczbę łóżek klinicznych. Wreszcie obliczono, że na należyte utrzymanie pełnej liczby chorych w klinikach przez cały rok szkolny potrzeba rocznie przynajmniej 266.000 koron; mimo to ministerstwa wstawiały do preliminarzy budżetowych tylko po 226.000 K., dopiero »z dołu« przyznając kredyty dodatkowe dla pokrycia brakujących 40.000 K., choć niedobór ten z góry przewidzieć było można. Obecnie poruszono tę sprawę publicznie (»Czas« z 10. XII 1908), domagając się słusznie, aby raz nareszcie były kredyty administracyjne z góry wyznaczane w wysokości należytej.

— W budżecie miejskim na r. 1909 zwiększono wydatki w dziale »Zdrowotność« w porównaniu z r. b. o 54.000 K. z powodu otwarcia wielkiej chłodni przy rzeźni miejskiej i reorganizacyi służby zdrowia (pomnożenia liczby lekarzy miejskich). Na park Jordana wstawiono więcej o 5000 K. Spodziewać się należy, że sprawozdanie z działalności Rady m. od początku samorządu (t. j. od r. 1866), na którego druk wstawiono 4000 K., obejmie także rozdział o działalności miejskiego urzędu zdrowia.

**Lwów.** Izba lekarska wschodnio-galicyjska rozdzieliła na posiedzeniu w d. 13. XI 1908, odbytem wspólnie z delegatami Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, 12 zapomóg po 100 K. i 6 zapomóg po 50 K. wdowom i sierotom po lekarzach z kwoty, otrzymanej ze Związku towarzystw lekarskich w Wiedniu. — Na posiedzeniu Wydziału w d. 27. XI 1908 przeprowadzono skrutynium wyborów uzupełniających do Izby z okręgów IV i V. W okręgu IV wybrany członkiem Izby Dr Wład. Kohlberger, dyrektor zakładu w Kulparkowie, zastępcą dr T. Gabryszewski z Bóbrki, w okręgu V członkiem Dr Z. Pelczar z Drohobycza, zastępcą Dr A. Klauber z Sambora. Następnie prezydent zdał sprawę z ukonstytuowania się i obrad centralnego Wydziału Izb lek. austr. Protest przeciw wyborowi Dra M. do Izby uchwalono przedstawić pełnej Izbie. Lekarzom w Przemyślu zalecono, by w powstającej tam Kasie zapomogowej udzielali porady tylko za wynagrodzeniem od każdego przypadku i według miejscowej taryfy. Wydano przychylną opinię w sprawie koncesyi na aptekę w Grzymałowie i w sprawie otwarcia apteki na Zniesieniu. Przyjęto z nieznacznemi zmianami taryfę lekarzy z Buczacza; tymże lekarzom uchwalono wyjaśnić, że sprawę używania osobnej podwody przez lekarzy sądowych ministerstwo już przychylnie załatwiło. Odczytano podziękowanie Komitetu lekarzy okręgowych za skuteczne starania Izby o ustawę emerytalną dla tych lekarzy. Rozpatrywano sprawę ogólnego podwyższenia honoraryów we Lwowie o 50%, odkładając dalsze rozprawy na następne posiedzenia. Pełne posiedzenie Izby uchwalono zwołać na 12 XII 1908. W końcu wydał Wydział, jako Rada honorowa, orzeczenia w dwóch sprawach i rozpatrywał 6 innych spraw. — Na posiedzeniu pełnej Izby w d. 12 XII ukonstytuowała się Izba na dalsze trzechlecie, wybierając prezydentem Dra Festenburga, zastępcą prezydenta Dra Papéego, do Wydziału Dra Kohlbergera, Dra Kwiatkiewicza, Dra Mikołajskiego i Dra Pelczara, zastępców wydziałowych Dra Starzewskiego i Dra Żukowskiego, delegatem do kraj. Rady zdrowia Dra Piaskiewicza, zastępcą delegata Dra Smolarskiego, do komisyi kontrolującej Dra Stöckla i Dra Zasackiego.

— Zamiast wieńca na trumnę ś. p. kol. Dra Józefa Barzyckiego złożyli na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach w Towarzystwie lek. galic.: Dr Bujniewicz 2 K, Dr Danielski 4 K, Dr Dornfest 2 K, Dr Elsner 2 K, Dr Fijałkowski 10 K, Dr Herz 2 K, Dr Jabłoński 2 K, Dr Köppel 2 K, Dr Kraus 2 K, Dr Kornfeld 2 K, Dr Nieć 2 K, Dr Strasser 2 K, Dr Teller 2 K, Dr Zimmerman 2 K i Dr Zagórski 2 K.

*Dr Świątkowski*, sekr. gen. Tow. lek. gal.

— Ponieważ Izba lekarska wschodnio-gal. zgromadziła dość znaczne kapitały, przeto odzywają się głosy (Tyg. lek. 50), aby nadal ich nie zwiększać i wkładkę do Izby obniżyć.

— »Voĉo de kuracistoj« wydał już Nr 1 na rok 1909 o objętości zwiększonej i rozszerzonym programie. Mianowicie prócz artykułów treści zawodowej, zawiera ten numer artykuł Dra Szydłowskiego z Moskwy: »O wywoływaniu poronienia w przypadkach gruźlicy« i kilkadziesiąt streszczeń z piśmiennictwa lekarskiego, przedewszystkiem polskiego (z prac Bocheńskiego, Bujwida, Hornowskiego, Friedmana, Klęska, Nowickiego), po części autoreferatów. Redakcya »Voĉo« (Lwów, Śniadeckich 6, Dr Mikołajski) gotowa jest tłómaczyć nadsyłane jej polskie autoreferaty na esperanto; godzi się więc zwrócić uwagę autorów naszych na tę sposobność powiadamiania zagranicy o wynikach badań polskich.

— Egzamin fizykacki złożyli Dr T. Janiszewski i J. Kasparek.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Zdzisław Kotiers, rodem ze Lwowa.

— Lwowskie Stowarzyszenie drukarzy przeznaczyło 6000 K na założenie letniska, a z czasem sanatoryum przeciwgruźliczego dla drukarzy.

— W Stanisławowie ukończono prace przygotowawcze do budowy wodociągów, która rozpocznie się w r. 1910.

— W Trembowli rozpoczęto budowę powiatowego szpitala jubileuszowego. Poświęcenie kamienia węgielnego odbyło się d. 2. XII b. r.

**Warszawa.** Prace Zjazdu lekarzy i higienistów w Lublinie (25—28. IX 1908) wyszły jako zeszyt 10/11 miesięcznika »Zdrowie«, pod nową redakcyą Dra J. Jaworskiego. Zeszyt ten obejmuje 16 arkuszy druku.

— Wydawcą »Gazety lekarskiej« wybrany został 30 XI. b. r. Dr W. Szumlański.

— Dwudziestopięciolecie pracy zawodowej obchodził w tych dniach Dr Przedborski.

— Prace komisyi pod przewodnictwem Profesora Kosińskiego dla opracowania reformy szpitalnictwa w Warszawie dobiegają do końca. Komisya stwierdzając, że w Warszawie jedno łóżko szpitalne przypada na 280 mieszkańców (Moskwa, Petersburg i inne miasta posiadają jedno łóżko na 180 mieszkańców), uznaje za konieczne powiększenie liczby miejsc szpitalnych jeszcze o 1000, nie licząc utworzenia nowego szeregu innych instytucyi, uzupełniających szpitalnictwo oraz dobroczynność. Komisya, oprócz opracowania planu organizacyi szpitalnictwa, uznała za konieczne przeprowadzenie szeregu tymczasowych środków zaradczych, w przystosowaniu do stanu funduszów miejskich. Komisya zaleca przekształcić prowizoryczny szpital przy ul. Złotej na szpital stały; rozszerzyć szpital dla chorób zakaźnych św. Stanisława do 480 miejsc; przebudować i rozszerzyć 4-ty pawilon przy szpitalu św. Ducha; urządzić w jednym z majątków szpitalnych kolonię dla umysłowo chorych, nie wymagających leczenia; wyjednać przekazanie zabudowań b. szpitala żydowskiego przy ul. Pokornej szpitalowi żydowskiemu dla urządzenia w nich oddziałów chirurgicznych i wewnętrznych na 250 łóżek; wybudować nowy pawilon w szpitalu praskim na 137 łóżek; dla opieki nad umysłowo-chorymi utworzyć tak zwany patronat, a mianowicie oddawać takich chorych pod opiekę osób trzecich za osobną opłatą.

— W Pogotowiu ratunkowem warszawskiem odbędzie się 3-tygodniowy kurs ratownictwa dla wszystkich konduktorów kolei nadwiślańskiej (Med. i Kron. lek. 50).

**Z różnych stron.** »Związek polski lekarzy i przyrodników« w Petersburgu odbył w d. 5/18 grudnia b. r. uroczyste posiedzenie ogólne w celu uczczenia 25-letniej działalności naukowej i społecznej swych członków Prof. Dra Jana Szawłowskiego, Dra Cypryana Zakrzewskiego i Prof. Dra Józefa Ziemackiego.

Do życzeń, składanych zasłużonym Jubilatom, przyłącza najszczersze życzenia Redakcya »Przeglądu lekarskiego«.

— W Druskienikach stwierdzono promieniotwórczość źródeł mineralnych.

— Generał-gubernator kijowski wydał rozporządzenie, zabraniające we wszystkich szpitalach i lecznicach w Kijowie używać przy operacyach innych środków, niż chloroform i eter, gdyż przy używaniu innych środków znieczulających zdarzyło się wiele przypadków śmierci (»Kraj« 274).

— Dyplom lekarski uzyskał w Kijowie p. Kazimierz Miszewski, b. słuchacz uniwersytetu lwowskiego i krakowskiego.

— Z tygodników lekarskich niemieckich wychodziło w r. 1907 »Münchener med. Wochenschrift« w 11800 egzemplarzach i wydrukowało 2738 stronnic, »Deutsche med. Woch.« w 9000 egz. (2274 str.), »Medizinische Klinik« w 9000 egz. (1616 str.), »Berliner klin. Woch.« w 4000 egz. (1790 str.), »Wiener med. Woch.« w 3000 egz. (996 str.), »Wiener klin. Woch.« w 2400 egz. (1690 str.) — Wynika z tego, że u nas, przy odpowiedniej reorganizacyi czasopiśmiennictwa tygodniowego, możnaby wytworzyć organ, nie ustępujący wydawnictwom przynajmniej wiedeńskim, a to tem bardziej, że nasze tygodniki nie są obliczone na zyski, bez których niemieccy wydawcy przecież się nie obchodzą.

— XXX Zjazd balneologiczny niemiecki odbędzie się w Berlinie z początkiem marca 1909 r.

— W Charlottenburgu utworzono miejski urząd badania chorób zakaźnych. We wszystkich aptekach znajdują się naczynia do zbierania materyału do badań bakteryologicznych (plwocin, krwi, moczu, i t. d.), które na żądanie otrzymuje każdy lekarz wraz z przepisem, jak ma ten materyał zebrać. (Podobne urządzenie zaprowadzono w wielu miastach w Niemczech, między innemi i w Poznaniu). O wyniku badania donosi urząd lekarzowi ordynującemu pocztą, w ważnych przypadkach telefonicznie.

— W Dreźnie otwarto wystawę, mającą na celu zwalczanie alkoholizmu i partactwa lekarskiego.

— Szpital dla chorych na raka pragnął utworzyć w Berlinie Prof. Leyden; wszelako zwołane w tej sprawie zebranie oświadczyło się przeciw tej myśli, jako przedwczesnej i poniekąd niehumanitarnej. Natomiast ma być utworzona fundacya im. Leydena, mająca na celu badanie i zwalczanie raka.

— Wszystkie pisma lekarskie niemieckie pomieściły wiadomość o wydawnictwie »Voĉo de kuracistoj« we Lwowie, przeważnie witając je życzliwie.

— Rząd belgijski utworzył komisyę badania raka, powołując do niej urzędników sanitarnych i profesorów wydziałów lekarskich.

— W Petersburgu z 3 głównych rządowych składów przechodzi do handlu około 3,928.000 wiader wódki, którą rozprzedaje potem 445 sklepów monopolowych rządowych i około 2900 przedsiębiorstw prywatnych. Gorsze gatunki wódki rozchodzą się obficiej, niż lepsze; ludność kupuje także spirytus denaturowany, który potem oczyszcza sposobem chemicznym, aby stał się przydatny do picia. Przytaczając te dane według »St. Petersb. med. Wochenschrift« zestawia je »Deutsche med. Wochenschrift« (49) z wiadomością, że władze zakazały w Warszawie odczytów o szkodliwości wyskoku i zaopatruje to zestawienie wymownym wykrzyknikiem.

— Bonhöffer, zbadawszy 400 włóczęgów, stwierdził, że bardzo rzadko znaleźć można u nich zupełnie prawidłowe umysłowe lub cielesne warunki. U ludzi, którzy zaczęli swą karyerę kryminalną przed 25. rokiem życia, stwierdził B. w 12% pozostałości krzywicy, upośledzenie wzrostu kości, wady w mowie w 33% zboczenia psychiczne i t. p. 70% badanych było niezdatnych do wojska. U włóczęgów, którzy rozpoczęli włóczęgostwo dopiero po 25. roku życia, przeważały objawy i skutki alkoholizmu; z tych włóczęgów (198 badanych) 17 cierpiało na padaczkę, 19 było umysłowo chorych, a 151 alkoholików. Podobne badania przeprowadził też Puppe i również stwierdził, że bardzo znaczna część włóczęgów cierpi na choroby tak cielesne, jak i umysłowe. (*Viertelj. f. ger. Med.* XXXV). *X.*

— Pewien lekarz w Rumunii, zawezwany do chorej kobiety celem wykonania zabiegu operacyjnego, zażądał przedtem honoraryum. Mąż chorej oświadczył, że pieniędzy w domu nie ma, ale zaraz od sąsiada pożyczy. Za chwilę też wrócił z pieniędzmi. Przy odejściu zauważył lekarz, że futra jego niema! Okazało się w końcu, że stroskany małżonek wpadł na pomysł

zastawienia futra lekarza celem uzyskania pieniędzy. Dodać należy, że lekarz przy wykupnie futra musiał jeszcze ze swej kieszeni dołożyć. *X.*

**Mianowani** profesorami nadzw. docenci: Dr Pal, Kovacs, Obermeyer, Schumacher-Marienfeld, Réthi, Sternberg i Peham w Wiedniu; Prof. Dr Hlava w Pradze radcą dworu; Dr Quénu, profesor chirurgii operacyjnej w Paryżu, profesorem kliniki chirurgicznej;

Dr J. Handelsman i S. Uzdański asystentami-eksternami szpitala izrael. w Warszawie; stałymi lekarzami miejskimi we Lwowie w X randze Dr Eug. Doliński i Tad. Litwinowicz, »extra statum« na rok Dr J. Kasparek; do rangi IX posunięci lekarze miejscy we Lwowie: Dr Kielanowski i Dr Serbeński; Dr St. Mostowski i Dr Al. Oszacki asystentami przy katedrze chemii lekarskiej w Krakowie.

**Zmarli.** Patolog, b. prof. Rindfleisch w Würzburgu; neurolog prof. Popow w Tomsku.

**Zapiski bibliograficzne.** Dr St. Łagowski: **Co to jest gruźlica i jak się od niej chronić należy?** Warszawa 1909. (Książki dla wszystkich). Cena 15 kop. = 40 hal. Konkursowa rozprawka Dra Łagowskiego ukazuje się w krótkim czasie w drugiem już wydaniu. Autor uzupełnił je wiadomością o sanatoryum w Rudce, oraz o Towarzystwach przeciwgruźliczych w Warszawie i w Galicyi.

**Redakcya otrzymała**: Łagowski: Co to jest gruźlica (suchoty) i jak się od niej chronić należy? Warszawa (Arct: Książki dla wszystkich, Nr 440) 1909. — Naunyn: Notwendigste Angaben für die Kostordnung Diabetischer. Jena (G. Fischer) 1908. — Wilhelm Pisek: 1) O leczeniu miażdżycy tętnic w świetle poglądów nowszych. 2) Zwalczanie gruźlicy w naszych miastach. 3) Przypadek równoczesnego bezmoczu mechanicznego i zwrotnego. »Tyg. lek.« 1908. — Rontaler: Przyczynek do leczniczego działania tracheobronchoskopu z krótkim wstępem o technice bronchoskopu. »Med. i Kron. lek.« 1908. — Rychliński: Istota natręctwa myślowego. Warszawa (Wende i Sp.) 1909. — Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## Zapiski przemysłowo-lekarskie.

### Nadesłane.

**Przetwory Kola.** Dr Monnet (Paryż 1884) stosował je w przypadkach: 1) chorób serca i zaburzeń krążenia, 2) bolów głowy, 3) zaburzeń nerwowych, 4) wysokiej gorączki, 5) nieżytu przewodu pokarmowego, — zawsze z doskonałym skutkiem. Także Picard, Regnault, Firth, Hamilton i Spuler wyrażają się o przetworze tym bardzo korzystnie. *St. W.*

**Jodofan.** (Dr Hans Assmy, z oddz. dla chorób skórn. i wener. Prof. Kromayera i E. v. Chrismara). A. stosował wyłącznie czysty proszek w postaci cienkiej warstwy na ranie i grubej warstwy dokoła rany, po oczyszczeniu jej wacikiem wilgotnym. Na 50 przyp. składają się następujące cierpienia: 1) wrzód miękki, 2) balanitis, balanoposthitis, operacye phimosis i paraphimosis, 3) wrzodzianki i folliculitis. Wyniki przy sprawach pod 2) i 3) wymienionych były znakomite, przy 1) były obok licznych wyników dobrych, objaśnionych 6 historyami chorób, także niektóre wyniki ujemne, co się także przy jodoformie spostrzega. Przypadek 1 ulcus molle i 1 balanitis, w których jodoform wywołał rozległy wyprysk, wyleczyły się gładko i szybko pod jodofanem. Wogóle doznaje A. korzystnego wrażenia ogólnego przy stosowaniu jodofanu. Nie stwierdzono nigdy podrażnienia skóry ani objawów zatrucia, a przeciwnie zapalenia skóry, wywołane jodoformem, ustępowały pod jodofanem, przypadkowe zaś ponowne zastosowanie jodoformu wywołało znowu podrażnienie. Jodofan pobudza również ziarninę do energiczniejszego bujania. Przetwór ten zdaje się zasługiwać na dalsze próby. *Hr. W.*